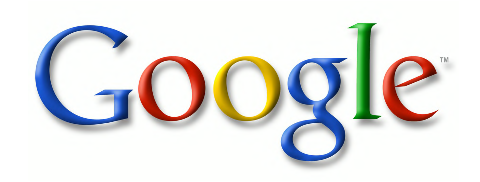
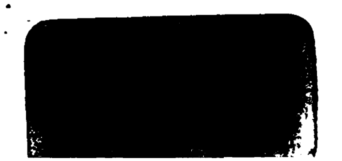








ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME XLIX

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages au moins, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris	18 francs.
Pour les départements..............	20 —
Pour les pays de l'Union postale....	22 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être envoyé à M. le Dr HARTMANN, 67, rue de Rome, pour la partie gynécologique; à M. le Dr VARNIER, 10, rue Danton, pour la partie obstétricale, ou à M. G. STEINHEIL, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

ET D'OBSTÉTRIQUE

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

TILLAUX, PINARD, TERRIER

Rédacteurs en chef:

H. VARNIER ET H. HARTMANN

TOME XLIX

Contenant des travaux de

AUDEBERT, BÉGOUIN, FEDOROTSKAIA-VIRIDARSKAIA (Mme), FIEUX, GOTTSCHALK, GOUILLOUD, HARTMANN et FREDET, HOFMEIER, FRANKLIN H. MARTIN, LABUSQUIÈRE, LEPAGE, MONOD (CH.), PINARD, QUEIREL, RENDU, TRÉNEL, VIACCOS (DE), VITRAC, WALLICH.

1898

(1er SEMESTRE)

PARIS

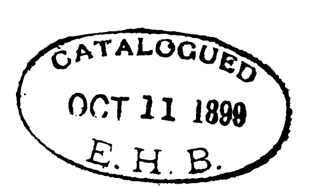
G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE,

—

1898







ANNALES DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1898

TRAVAUX ORIGINAUX

DU PSEUDO-RHUMATISME PUERPÉRAL : SON IDENTITÉ AVEC LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

Par **P. Bégouin,**
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

PREMIÈRE PARTIE

A. — Preuves d'ordre historique et critique.

Il arrive parfois au médecin d'être appelé auprès d'une jeune femme enceinte, ou d'une nouvelle acouchée, pour une maladie articulaire d'un diagnostic difficile.

Ce n'est pas du rhumatisme articulaire aigu, ce n'est pas non plus de l'arthrite traumatique ou de l'arthrite infectieuse ordinaire ; on ne peut songer à une lésion tuberculeuse, syphilitique, ou nerveuse.

Les symptômes seraient ceux de l'arthrite blennorrhagique aiguë, mais comme on ne trouve pas de preuves évidentes de l'infection gonococcique, on rejette encore ce diagnostic pour se rattacher en dernier espoir de cause à l'idée d'un rhumatisme puerpéral. Mais ce n'est là que reculer la difficulté.

Qu'est-ce en effet, que le rhumatisme puerpéral ?

Charpentier (1) en fait une maladie « due à l'influence générale

(1) *Traité d'accouchements*, 1889, I, p. 866.

de la puerpéralité » et distincte du rhumatisme blennorrhagique. Pour Vinay (1) « c'est une manifestation *spéciale* de la blennorrhagie ».

Le chapitre que ces deux auteurs consacrent au rhumatisme puerpéral est trop restreint pour pouvoir entraîner la conviction.

M. Besnier est peu explicite : « Cette qualification (rhumatisme puerpéral) a sans doute été appliquée à quelques manifestations de la puerpéralité dont la nature rhumatismale ne saurait être considérée comme incontestable, mais elle ne peut être rejetée dans l'état actuel de la science et il reste acquis irrévocablement, non seulement que la puerpéralité prédispose la femme aux localisations rhumatismales, mais encore que les manifestations réalisées qui apparaissent dans ces conditions acquièrent des caractères qui sont particuliers et comportent un pronostic spécial » (2).

Non satisfait de ces données assez vagues, nous avons voulu voir l'ensemble des travaux publiés sur le rhumatisme puerpéral pour nous faire une opinion personnelle.

C'est en 1866, dans cette fameuse discussion, soulevée par Peter, à la Société médicale des hôpitaux, sur le rhumatisme blennorrhagique, que Lorain réclama l'individualité du rhumatisme puerpéral. Il voulait qu'on le plaçât à côté du rhumatisme blennorrhagique dont M. le professeur Fournier venait de défendre la spécificité.

« La blennorrhagie n'a pas seule le monopole de ces accidents à forme rhumatismale ; plusieurs états morbides très différents l'un de l'autre, de nom au moins, peuvent engendrer ce rhumatisme secondaire qui porte, à tort, le nom de rhumatisme blennorrhagique.

« Si vous lui conservez ce nom je réclame le même privilège pour le rhumatisme des nourrices. »

---

(1) VINAY. *Maladies de la grossesse*, 1894, 521.

(2) BESNIER. *Dictionnaire Dechambre*, LXXXIII, p. 784.

L'idée et les arguments de Lorain (1) furent repris et développés en 1875 dans la *Gazette des hôpitaux*, n° 89.

« Avant l'accouchement il existe chez la femme enceinte un état morbide des voies génito-urinaires qui, plus ou moins marqué, peut les prédisposer à des arthrites analogues aux arthrites blennorrhagiques. Le col utérin, le vagin, ne sont pas seuls en cause. Chez la plupart il est facile de constater un certain degré d'uréthrite. En effet, ayant examiné à ce point de vue toutes les femmes qui étaient entrées dans le service pour y accoucher, même fort peu de temps après la miction, on pouvait faire sourdre de leur urèthre, en pressant d'arrière en avant, une gouttelette d'un liquide blanchâtre analogue à du pus. Quelques-unes accusent de la douleur en urinant.

« Ce ne serait point dû à la coïncidence de quelque ancienne blennorrhagie, réveillée par la congestion générale de la muqueuse. Le pus uréthral de même que le pus qui s'écoule en quantité quelquefois considérable du col utérin et qui baigne le vagin serait le résultat normal de la grossesse.

« M. Lorain n'en doute pas, car il a obtenu ces mêmes écoulements chez des jeunes femmes de sa clientèle incontestablement très saines. Il a même vu, chez l'une d'elles, des végétations qui s'étaient produites par le contact de ce liquide irritant se transmettre au mari. Aussi la femme enceinte est à ses yeux toujours une femme malade, en ce qui touche les organes génito-urinaires.

Le rhumatisme génital est donc aussi peu surprenant chez elle que chez un homme qui vient d'être sondé » (2).

---

(1) LORAIN. *Bull. Soc. médicale des hôpitaux*, 1866, p. 298.

(2) MOFFAIT (Paris, 1810), puis CIVIALE (*Traité des maladies des voies urinaires*, t. III) et après eux bien des chirurgiens ont remarqué qu'à la suite du cathétérisme il pouvait survenir des arthrites, dont quelques-unes peuvent devenir purulentes. Comme l'urèthre de l'homme le plus sain contient nombre d'organisme dont quelques-uns sont pathogènes (Guyon), le cathétérisme, en faisant une effraction à la muqueuse, ouvre une porte à ces microbes qui iront donner naissance à une arthrite infectieuse.

Le gonocoque, qui est un de ceux qu'on rencontre le plus souvent dans l'urèthre, doit être l'agent le plus habituel de ce genre d'arthrite.

Ainsi, pour Lorain, il existait un rhumatisme spécial distinct par son origine seule du rhumatisme blennorrhagique avec lequel il offrait la plus grande ressemblance clinique. Ce n'était pas le rhumatisme vrai, ce n'était pas non plus l'arthrite de l'infection puerpérale. C'était une affection articulaire spéciale à la grossesse et aux suites de couches, due à la résorption d'écoulements vaginaux et uréthraux « *normaux* » pendant la puerpéralité.

La presque identité des symptômes de l'arthrite blennorrhagique et du rhumatisme puerpéral est admise par tous. Mercier (1), un adepte de Lorain, qui a écrit sur l'arthrite de la grossesse une thèse que citent les ouvrages classiques, ne dit-il pas :

« L'arthrite qui offre le plus d'analogie avec cet accident articulaire de la grossesse, est à coup sûr l'arthrite blennorrhagique ! » Mais pour lui il n'y a cependant pas identité, car : « Si cette arthropathie de la grossesse a beaucoup de points communs avec l'arthrite d'origine uréthrale, elle possède cependant certains caractères qui ne permettent pas de la confondre.

« A. — L'arthrite blennorrhagique a son origine dans l'écoulement uréthral. C'est à la grossesse, en général, et non exclusivement à un accident local de la grossesse, le flux génital, qu'est due l'arthrite, survenue pendant la gestation.

« B. — La persistance ou la non-persistance de l'écoulement n'a aucune influence sur l'évolution de l'arthrite, que la chaude-pisse a créée.

« L'accouchement, au contraire, agit d'une façon très heureuse sur l'arthropathie due à la grossesse.

« C. — Certains auteurs (Bourcy) considèrent l'arthrite blennorrhagique comme étant de nature infectieuse. Il n'y a rien dans cette détermination articulaire de la grossesse qui soit susceptible de faire croire à la spécificité. »

Tison (2), forcé d'admettre l'analogie clinique du rhuma-

(1) Thèse Paris, 1883, p. 35 et 36.

(2) Thèse Paris, 1876, p. 18.

tisme puerpéral et du rhumatisme blennorrhagique, ajoutait aussitôt : « On pourrait nous objecter que le rhumatisme tenait autant à la blennorrhagie qu'à la grossesse ; nous ferons seulement remarquer que le rhumatisme blennorrhagique est très rare chez la femme (1) et que, dans plusieurs exemples cités par les auteurs qui l'ont étudié, il y avait en même temps grossesse. Ainsi, tous s'efforcent de séparer l'arthrite de la grossesse de l'arthrite blennorrhagique en s'appuyant sur des signes distinctifs de valeur bien douteuse.

MM. les professeurs Fournier, Duplay, Bouchard n'étaient pas convaincus de la valeur des arguments produits.

On a décrit, disait M. Bouchard (2), sous le nom de rhumatisme de la grossesse, une inflammation le plus souvent monoarticulaire tenace, avec tendance à l'ankylose, qui ressemble singulièrement au rhumatisme blennorrhagique, qui n'est certainement pas le rhumatisme vrai et que j'ai bien de la peine à considérer comme gravidique. Je me fonde sur l'extrême rareté de ce rhumatisme comparé à l'extrême fréquence de la grossesse. »

En 1881 M. Brun, un élève de M. Duplay, écrivait (3) : « Il nous semble qu'il n'existe peut-être pas d'affection articulaire qui se rapproche cliniquement davantage de celle que nous décrivons que les arthropathies que l'on voit quelquefois survenir à la suite du cathétérisme ou après l'accouchement, et nous serions tout disposé à confondre ces accidents divers dans une même

---

(1) C'est là une opinion au moins contestable. M. Brun, dans sa thèse sur *l'arthrite blennorrhagique aiguë dans les deux sexes*, écrit : « Sur 20 observations qui figurent à la fin de notre thèse, 7 ont trait à des hommes, 13 ont été au contraire observées sur des personnes du sexe féminin. C'est là une proportion que l'on rencontre d'une manière générale, à la condition toutefois de se livrer toujours chez les malades qui se présenteraient avec une arthrite, ayant les caractères que nous décrirons bientôt, à un examen *méticuleux* et plusieurs fois répété des organes génitaux.

(2) BOUCHARD. *Maladies par ralentissement de nutrition*, 354.

(3) BRUN. *De l'arthrite aiguë d'origine blennorrhagique*. Thèse Paris, 1881, p. 17.

description sous le titre général d'*arthrites génitales* » (1).

En 1884, Patenôtre (2), un autre élève de M. Duplay, concluait, dans une excellente thèse, à l'identité de l'arthrite puerpérale et de l'arthrite blennorrhagique aiguë.

Il se fondait sur quelques observations cliniques bien étudiées.

La bactériologie pouvait seule trancher définitivement le débat.

La constatation du gonocoque dans le liquide articulaire ou tout au moins dans les organes génitaux de la femme, devait fournir la preuve de la nature blennorrhagique du rhumatisme puerpéral sur lequel on discutait depuis si longtemps.

Cette preuve a été donnée par M. Bar (3) dans deux cas, par nous-même (4) dans trois faits.

D'autres observations comme celles de MM. Vinay (5), Lefour et Fieux (6) sont presque aussi probantes bien que la présence du gonocoque n'ait pu être constatée.

Ce long exposé historique et critique suffirait presque à faire admettre l'identité du rhumatisme puerpéral de Lorain et du rhumatisme blennorrhagique. L'analogie du tableau clinique entre les deux affections est admise par tous, même par Lorain et ses partisans.

Les arguments sur lesquels ces derniers se fondaient pour réclamer l'individualité du rhumatisme puerpéral, nous les avons cités et on a pu voir combien ils étaient peu démonstratifs.

---

(1) Le terme d'arthrites génitales (Lancereaux, Brun, Mauclaire, etc.) ne nous semble plus de mise aujourd'hui : il ne peut plus servir qu'à indiquer le point de départ de l'infection qui a provoqué l'arthrite, mais non la nature de cette infection.

(2) PATENÔTRE. Thèse Paris, 1884.

(3) BAR. *Presse médicale*, 1895.

(4) BÉGOUIN. Du pseudo-rhumatisme puerpéral à propos d'un cas d'arthrite blennorrhagique chez une nouvelle accouchée. *Annales de gynécologie* et *Société de gynécologie de Bordeaux*, 1897.

(5) VINAY. *Traité des maladies de la grossesse*, p. 522.

(6) LEFOUR et FIEUX. *Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1896, 280.

Enfin la bactériologie est venue qui a démontré que des faits qu'on eût autrefois rapportés au rhumatisme puerpéral appartenaient au rhumatisme blennorrhagique.

B. — Preuves d'ordre clinique.

Mais ces preuves fournies par la discussion des arguments de Lorain et par l'étude critique de l'histoire du rhumatisme puerpéral ne pouvaient suffire à en démontrer la nature blennorrhagique.

Nous avons alors repris toutes les observations qui ont été publiées en faveur de l'individualité du « rhumatisme puerpéral » et recherché sur quels faits cliniques s'appuyaient ses défenseurs.

Nous avons lu toutes les thèses, tous les articles, toutes les discussions que nous avons pu trouver sur ce sujet (1). Laissant de côté les observations qui se rapportaient manifestement à une autre maladie qu'à ce rhumatisme puerpéral de Lorain, nous avons rejeté plusieurs faits de rhumatisme articulaire aigu (2) que les auteurs avaient confondus avec lui ; nous avons encore négligé les cas d'arthrites dues à une infection puerpérale évidente (3).

En ajoutant encore quelques observations véritablement trop incomplètes ou trop peu précises, nous sommes arrivé à réunir 42 faits qui nous ont paru se rapporter au rhumatisme puerpéral de Lorain.

Nous avons pris la peine de les résumer dans le tableau suivant.

---

(1) Voir la bibliographie à la fin de ce travail.

(2) Thèse VAILLE. Obs. M..., Césarine. — Thèse J. PINARD. Obs. Marie L..., modiste. — Thèse ALEXANDRE. Obs. II, III, IV, etc.

(3) Plusieurs cas de la thèse de Braunberger, où, en même temps que des arthrites purulentes, on rencontre à l'autopsie de la métro-péritonite suppurée.

Résumé des observations de « rhumatisme puerpéral ».

BIBLIOGRAPHIE	NOM, AGE, PROFESSION	ÉPOQUE DU DÉBUT, SYMPTOMES	DURÉE, TERMINAISON	ÉTAT DES VOIES GÉNITO-URINAIRES	ÉTAT DU MARI	ÉTAT DE L'ENFANT
		A. — PENDANT LA GROSSESSE				
VAILLE........	Marie G..., 19 ans, couturière.	Est prise au 7e mois, de douleurs dans les épaules et les 2 genoux, pas de fièvre, pas de sueurs ; — 15 jours après, localisation dans épaule droite et genou gauche qui est gros, douloureux. L'épaule est guérie au bout d'un mois, mais la douleur et le gonflement persistent au genou.	La maladie n'est pas guérie à la sortie de la malade de l'hôpital.	»	»	»
—	Louise B..., 20 ans.	Au 8e mois, douleurs multi-articulaires, qui se localisent au coude qui devient gros et douloureux. Pas de fièvre.	A sa sortie « l'ankylose sera la terminaison la plus heureuse ».	« M. Fournier a trouvé du pus dans l'urèthre. »	»	»
—	Observation tr. incomplète.	Au 3e mois, arthrite du genou qui résiste à toute médication.	Et guérit 15 jours après l'accouchᵗ.	»	»	»
VACHÉE.......	Marie D..., 19 ans, passementière.	Au 4e mois, ressent subitement une douleur intense dans le genou droit qui devient gros et douloureux ; il n'y a pas de fièvre.	Ankylose complète au bout de 5 mois	»	»	»
—	E. Bouvet, 19 ans (obs. très incomplète).	Au 8e mois, le coude droit se tuméfie et devient douloureux.	Guérison 15 jours après l'accouchᵗ.	»	»	»

—	Marie G..., 22 ans, cantinière.	Au 8e mois, les 2 mains et le genou droit se prennent, puis la maladie se localise au genou droit.	Guérison 15 jours après l'accoucht.	Leucorrhée abondante.	»	»
HUCHARD......	Marie B..., 24 ans, cuisinière.	Au 7e mois, prise de courbature, d'arthralgies multiples; puis le coude gauche devient seul malade, il est gros et douloureux.	Amélioration, puis rechute; enfin, sort avec une grande raideur articulaire.	»	»	»
—	Caroline L..., 22 ans.	Au 4e mois, arthralgies multiples qui disparaissent faisant place à un gonflement douloureux du poignet gauche. Pas de fièvre.	Sort avec une ankylose probable.	»	»	»
QUINQUAUD ..	La Noîtier, 33 ans, blanchisseuse.	Au 6e mois, douleurs vives et gonflement du poignet droit, tout traitement échoue.	A sa sortie, 3 mois après, raideur très marquée.	N'aurait jamais eu de pertes blanches ni aucune affection des voies génitales.	»	»
JACQUELOT, in MERCIER.	Ménagère........	Au 7e mois de 5e grossesse, douleurs très vives dans la hanche qui est tuméfiée, et dans articul. métacarpo-plalang. de l'index gauche.	Au bout de 2 mois raideur persiste.	»	»	Bien portant.
TISON.........	N..., 25 ans, cordonnière.	Au 8e mois, à la suite d'une chute légère, arthralgies multiples qui se localisent bientôt dans le poignet droit, qui devient gros et tuméfié.	Part avec son poignet gros et douloureux.	Leucorrhée abondante	»	»
—	Madame L..., 22 ans.	Au 4e mois, douleurs rhumatoïdes généralisées qui se fixent bientôt sur le coude droit, devenu gros et douloureux. Pas de fièvre.	Ankylose complète du coude.	»	»	Bien portant.

BIBLIOGRAPHIE	NOM, AGE, PROFESSION	ÉPOQUE DU DÉBUT, SYMPTOMES	DURÉE, TERMINAISON	ÉTAT		
				DES VOIES GÉNITO-URINAIRES	DU MARI	DE L'ENFANT
TISON........	Dame, 28 ans....	Au 5e mois, prend froid au balcon, les 2 coudes deviennent gros et douloureux, sans fièvre.	Neuf mois après, ankylose des 2 coudes en extension.	»	»	»
—	MadameB...,27ans.	Au 4e mois est subitement prise, sans cause, d'une douleur intense du genou droit. Le moindre mouvement arrache des cris.	Trois ans après ankylose en flexion que Demarquay rompit sous chloroforme.	»	»	»
—	Joséphine C..., 20 ans.	Au 6e mois, est prise de douleurs dans le coude droit qui se tuméfie et devient rouge.	Ankylose à angle droit.	»	»	»
—	Louise P..., 18 ans, blanchisseuse.	Au 4e mois, douleurs dans le genou droit, horribles au moindre mouvement.	Au bout de 3 mois sort « le genou en bon état ».	»	»	»
—	V..., 22 ans, couturière.	Au 5e mois le genou droit devient gros et douloureux.	Sort au bout d'un mois non guérie	Leucorrhée	Ecoul. uréthral.	»
MERCIER.....	24 ans..........	Au 7e mois de sa grossesse est prise de douleurs dans la hanche qui devient empâtée.	Guérison en deux mois 1/2.	»	»	»
—	Mad. G. L...,22ans.	Au 6e mois, le poignet droit devient gros et douloureux	Guérison en 5 mois.	»	»	»

MERCIER	R. E..., 22 ans....	Au 7e mois est subitement prise de douleurs vives dans le poignet gauche qui devient gros, empâté.	2 mois et demi après sort de l'hôpital avec un peu de raideur du poignet.	»	»	»
LORAIN.......	Jeune femme.....	Est atteinte subitement d'une douleur au pied et au coude droit sans fièvre, ni sueurs. Tout se localise au coude, et Lorrain craignant la suppuration provoque l'accouchement au 8e mois. L'enfant mourut trois jours après.	La mère eut une ankylose du coude.	»	»	»
ELIÇAGARAY ..	Jeune Allemande, 23 ans.	Est atteinte au cours de sa grossesse de douleurs horribles dans le poignet gauche, empâté comme dans un phlegmon.	Terminaison inconnue.	Pertes abondantes et brûlures à la miction depuis quelques jours.	»	»
LANCERAUX, in GEORGIADÈS.	Berthe D..., 21 ans, journalière.	Au 8e mois, est prise, après s'être mouillé les pieds, de douleurs avec tuméfaction du pied gauche, des 2 mains et des 2 genoux, avec fièvre. Elle accouche et alors tout se localise au genou droit.	Trois mois après l'accouchemt il y a encore de la raideur du genou.	Écoulement jaunâtre empesant le linge.	»	Est atteint d'ophthalmie purulente.
—	Marie V..., 21 ans, domestique.	Au 8e mois, le genou et le coup-de-pied du côté droit deviennent gros et douloureux, puis tout se localise au coup-de-pied seul.	Trois mois après l'accouchnt sort guérie.	»	»	»
—	Anette A.., 23 ans, domestique.	Est prise de douleurs dans le poignet gauche, empâté; après l'accouchement la douleur augmente.	Amélioration progressive jusqu'au jour de la sortie 1 mois et demi après son accouchement.	Leucorrhée.	»	»

BIBLIOGRAPHIE	NOM, AGE, PROFESSION	ÉPOQUE DU DÉBUT, SYMPTOMES	DURÉE, TERMINAISON	ÉTAT		
				DES VOIES GÉNITO-URINAIRES	DU MARI	DE L'ENFANT
LANCEREAUX, in GEORGIADÈS.	Marie B..., 18 ans, cuisinière.	Est prise au 7e mois de douleurs qui se localisent au genou gauche tuméfié.	Sort au bout de 2 mois complètement guérie.	»	»	»
LABORDERIE...	Henriette B..., 28 ans, domestique.	Au 7e mois, arthralgies multiples, fièvre; puis tout se localise au poignet gauche, tuméfié, douloureux.	Au bout de 4 mois, ankylose.	Leucorrhée.	»	»
PATENÔTRE....	Dervielle, Louise, 19 ans.	Au 3e mois le cou-de-pied du côté droit devient subitemt douloureux et tuméfié. Appareil plâtré.	20 jours après sort presque guérie.	Blennorrhagie nette.	»	»
PATENÔTRE....	Baquey, Hortense, repasseuse, 28 a.	Au 7e mois, atteinte à l'articulation métacarpo-phalangienne du médius droit. Appareil plâtré.	40 jours après, guérison.	Blennorrhagie nette.	»	»
GEORGIADÈS...	Françoise P..., 34 ans, ménagère.	Au 5e mois ressent douleur très vive dans le coude droit très tuméfié. Pas de fièvre.	En 3 mois, guérison.	»	»	»
TRACON et BUÉ.	Vàn de... Marie, 27 ans, dévideuse.	Au 6e mois, arthrite du genou droit; on provoque l'accouchement prématuré au 8e mois.	2 mois plus tard il persiste du gonflemt du genou et de l'hydarthrose.	Organes génitaux ne présentent rien d'anormal.	»	Enfant meurt au 2e mois d'athrepsie.
—	Eugénie D..., 21 ans, servante.	Au 8e mois, arthralgies multiples qui se localisent ensuite au poignet et au genou droit; et enfin définitivement au poignet; à 8 mois, accouchement provoqué.	Un mois après « la malade se déclare guérie ».	Leucorrhée abondante.	»	»

B.— Pendant l'allaitement

Georgiadès... —	Marie S..., 29 ans, ménagère.	Accouche le 7 février 1883 ; 4 jours après est prise d'une douleur légère avec épanchement dans le genou droit; mouvements impossibles ; il n'y a pas de fièvre. Cesse l'allaitement le 20 avril.	Le 30 juin il y a une ankylose complète.	Avait eu de la leucorrhée dans les derniers mois de la grossesse.	»	»
—	V...,Juliette,20 ans, couturière.	Accouche le 1er janvier 1883, n'allaite pas. Le 25 février, le genou droit se tuméfie et devient excessivement douloureux, sans fièvre. — Il y a des poussées successives du côté du genou.	En juin, ankylose.	Rien aux organes génitaux	»	»
Lancereaux, in Georgiadès.	Marie-Louise M..., 26 ans, blanchiss.	Accouche le 27 décembre 1879. Le 12 juillet 1880 son genou devient gros, douloureux dans les mouvements ; pas de fièvre.	Le 30 décembre sort avec ankylose complète.	»	»	»
—	Elisabeth T..., 18 ans, ménagère.	A accouché, il y a 6 mois ; le 29 avril, douleur vive avec gonflement du poignet droit, pas de fièvre ; avait cessé d'allaiter le 7 mai.	Le 28 mai sort avec tendance à l'ankylose.	»	»	»
—	Marie P..., 38 ans.	Accouchée depuis 4 mois quand le poignet gauche se tuméfie, devient douloureux.	Au bout de 3 mois sort avec grande raideur dans l'articulation.	»	»	»
Lancereaux, in Georgiadès.	Lucie D..., 23 ans, femme de chambre.	A accouché il y a 5 mois, est nourrice. Le 12 mars elle a des douleurs dans les deux genoux avec un gros épanchement, sans fièvre.	Le 20 avril sort avec raideur des deux genoux.	Pertes blanches épaisses et visqueuses.	»	»

BIBLIOGRAPHIE	NOM, AGE, PROFESSION	ÉPOQUE DU DÉBUT, SYMPTOMES	DURÉE, TERMINAISON	ÉTAT DES VOIES GÉNITO-URINAIRES	ÉTAT DU MARI	ÉTAT DE L'ENFANT
BRAUNBERGER.	M. H..., 23 ans...	A accouché il y a 18 mois ; il y a un mois, excès de coït, 8 jours plus tard le poignet gauche devient gros, douloureux, empâté.	Au bout de 3 mois part pour le Vésinet avec de la raideur articulaire.	Pertes blanches souffre excessivement, col fongueux, granuleux ; par la pression on fait sourdre du pus de l'urèthre.	»	»
J. PINARD.....	Céline P..., 21 ans, domestique.	6 jours après l'accouchement, arthralgies multiples, qui finissent par se localiser à l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit, rouge, œdémateux.	2 mois 1/2 après, craquements, et on redoute l'ankylose.	« Aucun écoulement génital. »	»	»
GEORGIADÈS...	Virginie B..., 22 ans, domestique.	Accouche le 16 janvier ; 8 jours après douleurs qui se localisent dans le poignet droit tuméfié.	Le 17 mai part pour le Vésinet et presque guérie. mais avec raideur du poignet.	Leucorrhée abondante pendant la grossesse.	»	»
PATENÔTRE....	Bolas, Marie, employée, 23 ans.	Est prise, quatre jours après son accouchement, d'arthralgies multiples, de malaise avec fièvre. la maladie se localise au poignet droit. On met un appareil plâtré.	Guérison au bout d'un mois.	Blennorrhagie datant de la fin de la grossesse.	»	»

Un simple coup d'œil jeté sur ce tableau suffit pour se rendre compte de l'insuffisance de la plupart des observations sur lesquelles Vaille, Vachée, Braunberger, les premiers adeptes de Lorain, ont édifié la théorie du rhumatisme puerpéral.

Ces auteurs, qui reconnaissent l'analogie clinique frappante entre le rhumatisme blennorrhagique et le rhumatisme puerpéral, qui ne se fondent que sur l'absence de la blennorrhagie chez leurs malades pour rejeter l'origine blennorrhagique des arthrites qu'elles présentent, ne mentionnent même pas dans la plupart de leurs observations, l'état des organes génitaux de ces femmes. Ils ne cherchent pas davantage à avoir des renseignements sur l'état de l'urèthre du père de l'enfant.

Il est vrai que les observations nombreuses d'arthrites coexistant avec une leucorrhée abondante et avec une uréthrite ne les eussent pas embarrassés davantage. Une leucorrhée quelque abondante qu'elle soit, quelque couleur qu'elle ait, ne s'accompagnant pas d'uréthrite, n'est pas de nature blennorrhagique pour Lorain et ses partisans.

Avec une semblable façon de raisonner, les observations auraient pu s'accumuler, innombrables, sans jamais convaincre les partisans du rhumatisme puerpéral: ils eussent toujours trouvé à répondre.

Il fallait une connaissance plus exacte de la blennorrhagie de la femme, souvent si difficile à déceler; il fallait surtout pouvoir démontrer bactériologiquement la présence du gonocoque dans les articulations malades ou au moins dans l'écoulement leucorrhéique pour mettre un terme à une discussion de ce genre.

C. — **Preuves d'ordre bactériologique.**

Cette preuve bactériologique, nous la croyons faite par les deux observations de M. Bar et par les trois faits que nous avons publiés, l'un d'eux en collaboration avec notre ami M. Fieux.

Dans la première observation, M. Bar constate au cours d'une grossesse des manifestations articulaires qui présentent tous les

signes du « rhumatisme puerpéral ». Cependant les caractères de l'arthrite, et l'existence d'un écoulement leucorrhéique abondant lui font penser à la possibilité d'une affection blennorrhagique.

Il recueille du mucus pur par raclage sur les parois du vagin et ne trouve pas le gonocoque ; il ne se décourage pas, recueille du pus dans l'urèthre et y découvre cette fois le microcoque de Neisser.

La deuxième observation a trait à une femme qui fut atteinte à la fin de sa grossesse de manifestations articulaires qui allèrent s'accentuant après l'accouchement : on pensait à du rhumatisme articulaire aigu ou à une arthrite purulente.

M. Bar pratique une ponction et retire du pus jaune verdâtre.

Trois tubes de gélose et un tube de bouillon, ensemencés, restent stériles. Mais un examen direct fait découvrir, sur une des six préparations faites au bleu de Kühn, des « gonocoques rares mais très nets ». Les uns inclus dans des cellules lymphatiques, les autres situés en dehors de ces éléments. Aucun autre micro-organisme n'existait dans le pus.

Nous-même avons rencontré le gonocoque dans chacun des trois cas de « rhumatisme puerpéral » que nous avons eu l'occasion d'observer.

Notre première malade (1), accouchée depuis près de deux mois, et atteinte d'une arthrite plastique du poignet gauche, avait présenté à la fin de sa grossesse tous les signes d'une blennorrhagie vaginale ; son mari était atteint d'uréthrite spécifique contrôlée par l'examen bactériologique ; nous avions donc tout lieu de croire à la nature blennorrhagique de son rhumatisme.

Deux examens successifs, au bleu de Kuhn, de son pus vaginal et cervical, restèrent cependant négatifs. Ce ne fut que dans une troisième tentative que le gonocoque fut découvert par M. le médecin principal Anthony.

Dans notre seconde observation (2) il s'agit d'une jeune

---

(1) BÉGOUIN. *Bulletins de la Société de gynécologie de Bordeaux*, 1897, et *Annales de gynécologie*, 1897.

(2) BÉGOUIN. *Société de gynécologie de Bordeaux*, 1897.

femme qui, au 4e mois de sa grossesse, est atteinte d'un « rhumatisme » qui se localise au genou gauche. Elle a de la leucorrhée, son mari est atteint de blennorrhagie uréthrale.

Je pratique, au laboratoire de M. Sabrazès et sous son contrôle, l'examen du liquide articulaire ; il y a des gonocoques assez rares mais très nets.

Les cultures sur gélose ensanglantée restent négatives.

Dans un troisième fait (1) qui se rapporte à une arthrite du poignet gauche développée 48 heures après un avortement, l'examen direct du pus uréthral démontre encore la présence du gonocoque.

Ces cinq observations permettent de penser que dans tous les cas « d'arthrites de la grossesse », en recherchant longuement et patiemment le gonocoque, on aurait les plus grandes chances de le rencontrer.

S'il a fallu si longtemps pour fournir cette preuve bactériologique de la nature du rhumatisme puerpéral, c'est que la présence du gonocoque, dans le liquide articulaire ou dans le muco-pus des organes génito-urinaires, est habituellement difficile à déceler (2).

Les microbes de Neisser sont en effet en petit nombre, ils ne se colorent pas également bien par les colorants ordinaires, ils ne se développent que sur des milieux de culture spéciaux et sont détruits probablement assez vite dans les articulations.

Ce sont là des conditions qui rendent leur recherche difficile : souvent ce ne sera qu'après plusieurs tentatives infructueuses que l'on finira par rencontrer des gonocoques qui auront échappé aux examens précédents.

---

(1) BÉGOUIN et FIEUX. *Bulletins Société de gynécologie de Bordeaux*, 1897.

(2) LABORDERIE (Thèse de Montpellier, 1888) cite une observation qui certainement se rapporte à une arthrite blennorrhagique et où il ne put découvrir le gonocoque. MM. Lefour et Fieux. (*Gaz. hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, 1896) ne furent pas plus heureux dans un cas d'arthrite gonococcique qu'ils considèrent comme certain.

Aussi faut-il répéter ces recherches plusieurs fois avant de rejeter la nature blennorrhagique d'une arthrite.

Voici les principes qui nous ont guidé dans nos examens bactériologiques et la technique que nous avons employée.

Bactériologie clinique du gonocoque. — On peut trouver le gonocoque soit dans le liquide épanché dans l'articulation malade, soit dans le vagin, ou mieux l'urèthre ou la cavité cervicale.

On doit le rechercher à la fois dans l'articulation et dans les organes génito-urinaires.

On recueille le liquide intra-articulaire dans une pipette avec toutes les précautions aseptiques habituelles.

Si l'on a affaire à une forme d'arthrite plastique on ne pourra songer à recueillir du liquide articulaire, et c'est dans l'urèthre, le vagin et mieux la cavité cervicale qu'il faudra prendre le muco-pus.

Ici, il n'y en aura pas une assez grande quantité pour l'aspirer avec une pipette, aussi c'est par le raclage qu'il faudra procéder. Cette pratique est d'autant plus à recommander que les gonocoques siègent dans les parties les plus superficielles de la muqueuse et qu'on aura par ce moyen plus de chances d'en ramener.

Le muco-pus, ainsi recueilli, est déposé sur une compresse aseptique, ou mieux sur une lame. Il faut en faire des frottis pour l'examen direct, et on doit aussi en faire des cultures.

a) *L'examen direct, par frottis* est indispensable; assez souvent il permet de constater la présence de gonocoques dans un pus dont les cultures vont rester négatives, comme cela est arrivé à M. Bar et à nous-même dans une de nos observations.

Le frottis est fait sur une lame. Après dessiccation et fixation par la chaleur, on colore par le bleu de méthylène de Kuhn; on lave dans un courant d'eau, on dessèche la préparation et on procède à l'examen à l'aide d'un objectif à immersion.

Les gonocoques se présentent sous la forme de cocci en grains de café disposés par deux ou par tétrades à l'intérieur des leucocytes polynucléaires.

Quelques préparations seront traitées par la méthode de Gram (le gonocoque se décolore dans ces conditions).

b) *Cultures.* — Elles doivent être faites sans retard, car le gonocoque laissé in vitro à une température inférieure à 35° n'a qu'une vitalité éphémère.

Les milieux usuels (bouillon, gélatine, gélose) ne conviennent pas à la culture, mais il est cependant utile d'y recourir ; car l'absence de développement microbien sur ces milieux est déjà une présomption en faveur de la nature gonococcique du muco-pus examiné.

Les milieux électifs pour la culture du gonocoque sont : le mélange à parties égales de gélose et de sérum d'ascite (Wertheim), la gélose ensanglantée (Pfeiffer), l'urine albumineuse, le mélange de jaune d'œuf et de gélose.

Le milieu de choix est celui de Wertheim.

La culture à l'étuve à 37° se développe dans les 24 heures sous la forme de petites colonies transparentes, formant des dentelures sur la strie d'ensemencement, ayant une tendance à se disposer ultérieurement en anneaux concentriques.

Le diamètre des colonies à l'acmé de leur développement n'excède pas $0^{m},005$.

L'examen de ces cultures montre des cocci, assez polymorphes, ne prenant pas le Gram (1).

Parfois, même dans le cas d'arthrite blennorrhagique vraie, les tubes resteront stériles, et l'examen direct lui-même ne démontrera pas la présence de gonocoques.

Cela tient à ce que les gonocoques sont ordinairement rares dans l'épanchement intra-articulaire ; et il faut un examen minutieux pour en découvrir quelques-uns logés dans un leucocyte.

Ces résultats négatifs de l'examen direct des cultures, s'ils ne prouvent pas, sont cependant en faveur de la nature gonococ-

(1) On ne peut inoculer ces cultures à un animal, car on n'en connaît pas (le singe?) qui puisse servir de réactif. Quant à les inoculer dans l'urèthre de l'homme, comme ont fait plusieurs expérimentateurs avec succès, déterminant chez ces sujets la blennorrhagie habituelle, nous nous garderons de le conseiller.

cique du liquide, car les autres microbes se décèlent plus vite. Mais il est bon de répéter les recherches si une première fois elles sont restées infructueuses.

On ne manquera pas dans ce cas d'examiner le muco-pus des organes génito-urinaires en même temps que le liquide articulaire, et souvent on rencontrera dans la goutte purulente ramenée de la cavité cervicale ou de l'urèthre les gonocoques qu'on avait vainement cherchés dans l'articulation.

Pour que les recherches dans le muco-pus des organes génito-urinaires aient plus de chance d'aboutir, il est bon d'attendre, pour le recueillir, la période qui suit immédiatement les règles et de donner quelques jours auparavant de l'iodure de potassium à la femme.

Sous l'influence de la congestion, ainsi produite, les gonocoques doués d'une vitalité plus grande se rencontreront plus facilement.

C'est grâce à ce moyen, qui nous avait été conseillé par M. le médecin principal Anthony, que nous sommes arrivé, après deux examens négatifs, à découvrir le gonocoque chez la malade de notre première observation. *(A suivre.)*

ÉTUDE SUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT APRÈS L'AMPUTATION DU COL

Par le Dr **J.-L. Audebert,**

Chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

On sait aujourd'hui, d'après maints travaux récents, que certaines opérations pratiquées sur l'utérus, soit pour le redresser en cas de déviation, soit pour le fixer s'il existe un prolapsus, ont quelquefois une influence fâcheuse sur l'évolution des grossesses ultérieures. Un certain nombre d'observations d'accouchements prématurés, ou de dystocie pendant le travail, ont été signalées après l'opération d'Alquié-Alexander, mais surtout

après l'hystéropexie ; nous-même, nous en avons publié récemment un cas (1).

Il semble que l'attention des accoucheurs n'ait pas été attirée d'une façon aussi suivie sur les accidents qui peuvent être la conséquence de l'amputation partielle ou totale du col. Laissant volontairement de côté les résultats obtenus par cette opération dans certaines formes d'endométrite, il nous a paru intéressant d'étudier l'avenir fonctionnel de l'organe amputé, de rechercher si l'opération de Schrœder, ou toute autre analogue, n'imprimait pas aux grossesses postérieures une allure spéciale, si surtout l'avortement ou l'accouchement prématuré ne survenaient pas plus fréquemment qu'à l'ordinaire, si enfin la marche du travail et principalement la dilatation ne présentaient pas des caractères anormaux, des particularités dystociques.

Dans une thèse sur *la conception, la grossesse et l'accouchement après la trachélorrhaphie et l'amputation du col de l'utérus* (Paris, 1889), Ducasse avait étudié les résultats éloignés de l'amputation du col. On trouvera dans ce travail un grand nombre d'observations qui ont permis à l'auteur d'arriver aux conclusions suivantes : Après l'amputation du col faite avec le bistouri, la grossesse suit en général son cours normal et la dilatation se fait régulièrement, à condition qu'on affronte exactement les surfaces cruentées par des points de suture allant de la muqueuse vaginale à la muqueuse cervicale.

Depuis cette époque aucun travail d'ensemble, à notre connaissance, n'a paru sur ce sujet. Incidemment Cuzzi et Resinelli, dans les *Comptes rendus de la clinique obstétricale et gynécologique de Pavie* (2), citent les observations de quatre femmes devenues enceintes après l'amputation du col. Deux de ces femmes accouchèrent à terme (obs. 8 et 20), les deux autres à 8 mois (obs. 16 et 19).

---

(1) *Archives cliniques de Bordeaux*, avril 1897, en collaboration avec le Dr Binaud.

(2) Cuzzi et Resinelli. *Risultati prossimi e remoti della raschio-amputazione dell'utero*. Pavie, 1892.

Gottschalk (1) pense que les résultats de l'opération de Schrœder ne sont pas toujours excellents, et que souvent on observe dans la suite et des avortements et des rétroflexions utérines.

Signalons encore la protestation d'Abel (2), à propos d'une femme qui, ayant subi l'amputation du col, puis la ventrofixation, présenta, au cours d'un accouchement, des accidents tellement graves qu'on fut obligé de pratiquer la césarienne suivie du Porro. Abel s'exprime ainsi : « Il y a lieu de protester contre la « manie opératoire de certains gynécologues. Sans cette *ampu-* « *tation du col* dont la justification est loin d'être évidente, cette « femme eût évité 3 opérations graves et fût demeurée en pos- « session de ses organes. »

Dans le *Traité de gynécologie* de Pozzi, 3e édition, page 250, on lit : « Les diverses opérations plastiques sur le col utérin « (amputation, résection, suture de déchirures) ne sauraient « compromettre sa dilatabilité, car elles donnent lieu à des cica- « trisations primitives sans production de tissu inodulaire inex- « tensible. De très nombreuses observations viennent à l'appui « de cette considération théorique et prouvent qu'on n'a à crain- « dre ni stérilité, ni dystocie. »

Il semblait donc établi que l'amputation du col utérin n'exerçait aucune action nuisible sur la marche régulière de la grossesse. Cependant il nous fut donné d'observer, en octobre 1895, un cas de dystocie grave consécutif à l'opération de Schrœder (obs. IX). Il y a quelques mois, nous vîmes en outre, à la clinique Baudelocque, une femme qui, à la suite d'une amputation du col, avait eu trois avortements successifs. A cette occasion M. Pinard fit remarquer, dans une de ses leçons cliniques, combien cet accident était fréquent aussi bien après les opérations anaplastiques sur le col, qu'à la suite de l'hystéropexie. L'innocuité des résections cervicales n'était pas si évidente que l'avait prétendu Ducasse ; la question se posait de nouveau.

Nous nous proposâmes de nous livrer à des recherches com-

(1) GOTTSCHALK. *Deustch. med. Wochensch.*, avril 1896.
(2) ABEL, *in* LUCIEN. Thèse Nancy, 1896.

plémentaires, et lorsque M. Pinard voulut bien mettre à notre disposition les registres de son service, nous trouvâmes huit observations de femmes ayant accouché ou avorté après une amputation du col. Ce sont les observations I, II, III, IV, X, XI, XII, XIII. Elles ont servi de base à notre travail; d'autres observations communiquées par MM. Lepage, Paquy, Lugeol, Hirigoyen et Chambrelent sont venues le compléter.

Enfin avec deux faits personnels nous arrivons au chiffre respectable de 16 observations inédites qui, si elles ne permettent pas de trancher définitivement la question, nous autorisent à affirmer que l'opinion généralement adoptée est d'un optimisme exagéré.

Dans cette courte étude, nous ne nous occuperons pas des opérations faites au thermo-cautère, au galvano-cautère, à l'écraseur linéaire, etc. qui sont tombées dans le plus légitime oubli; nous ne parlerons pas davantage des amputations sous ou supra-vaginales applicables au traitement du cancer de l'utérus, pas plus que de l'amputation conoïde de Huguier. Nous voulons seulement examiner les résultats des amputations au bistouri pour endométrite totale ou endocervicite, soit par le procédé à deux lambeaux de Simon Markwald, soit par la méthode à un seul lambeau de Schrœder; celle-ci est de beaucoup la plus communément employée. Dans une de nos observations on a eu recours à une amputation partielle, probablement à *l'évidement* du col.

Ces résultats seront envisagés à un double point de vue : influence de l'amputation du col : 1° sur la durée et l'évolution de la grossesse: 2° sur la marche de l'accouchement.

Obs. I. — *Amputation partielle du col. Accouchement près du terme.* (Cl. Baudelocque, 1897, n° 232.) — Jeanne M..., 22 ans, couturière, primipare.

P. R. à 13 ans. Peu après son mariage (il y a deux ans), elle fut atteinte d'annexite et opérée, il y a dix-huit mois (curettage et amputation partielle du col).

D. R. du 5 au 11 avril (?) 1896.

Hauteur de l'utérus : 32 centim.

A son entrée dans le service, le 5 février 1897, elle n'est pas encore à terme ; elle se reposait depuis deux semaines.

Sommet engagé en O.I.G.A. Après un travail total de douze heures et une période de dilatation de 8 heures et demie, elle expulse à midi un enfant petit du poids de 2,730 gr.

Extraction simple du placenta à midi et demi.

L'enfant est peu développé ; au septième jour, il pèse 2,620 gr.

Il sort en bon état le 14 février.

Obs. II. — *3 accouchements à terme. Amputation du col suivie de 3 avortements, le dernier compliqué de rétention placentaire et d'hémorrhagie. Curage digital* (Cl. Baudelocque, 1897, n° 418). — Jeanne D..., employée de commerce.

P. R. à 16 ans.

Les trois premières grossesses se sont terminées en 1881, 1883, 1885, par la naissance d'enfants vivants *à terme*. Atteinte de métrite avec hypertrophie du col, elle subit en 1892 une amputation du col.

Après cette opération elle devient enceinte deux fois ; la première fois en 1893, avortement à cinq mois, l'enfant vécut dix-huit heures ; la seconde fois en 1895, fausse couche de six mois, l'enfant respira quelques instants.

Ces 5 grossesses sont du même père alcoolique.

La sixième *grossesse actuelle* est d'un autre père sobre. D. R. du 16 au 22 octobre 1896 ; au moment de son entrée à Baudelocque le 6 mars, elle est enceinte de quatre mois et demi environ ; l'utérus remonte à 19 centim. au-dessus du pubis.

Au début de la grossesse, rien à signaler si ce n'est une petite perte de sang en janvier ; elle a cessé de travailler depuis un mois.

La rupture prématurée des membranes s'est produite le 5 mars à minuit ; elle est gardée en observation au dortoir de la Clinique Baudelocque, à partir du 6. Les contractions commencent le 8 mars à 2 heures du matin ; bientôt les pieds du fœtus paraissent à la vulve, et l'expulsion du fœtus par l'extrémité pelvienne a lieu bientôt après, il pèse 300 gr.

La délivrance ne se fait pas.

Suites de couches. 12 mars, l'eau des injections sort très sale ; elle contient de nombreux débris placentaires.

Les jours suivants, on donne des injections vaginales fréquentes.

Le 23, l'utérus est encore volumineux comme dans une grossesse de

2 mois et demi, l'orifice du col est fermé ; l'état général est très bon ; la malade ne veut pas rester plus longtemps à Baudelocque, à cause de ses enfants ; elle sort le 25, elle reviendra à la première alerte.

Le 22 avril, quarante-cinq jours après l'avortement, elle revient ayant perdu du sang en abondance ; son état général est grave, le pouls à peine perceptible bat 116 fois. Au moment de son entrée, l'hémorrhagie est encore considérable ; le bord du placenta est engagé dans le col, mais on sent qu'il est encore adhérent à la partie postérieure de l'utérus. La main étant en entier dans le vagin, l'introduction d'un doigt à travers l'orifice utérin cicatriciellement rétréci, est malaisée, et le décollement très difficile ; cependant on extrait le délivre en entier. Grâce à deux injections de sérum salé, de 600 gr. chacune, le pouls devient plus fort et moins rapide ; il tombe à 108, puis à 96.

Injections prolongées à 48°.

Le poids du placenta extrait par le curage digital est de 110 gram.

La malade quitte la clinique complètement guérie le 10 mai.

Obs. III. — *Quatre accouchements à terme. Amputation du col. Une grossesse à terme normale* (n° 1810, 1896, Cl. Baudelocque). — Marie D..., 34 ans, giletière, entre au dortoir de la Clinique Baudelocque le 4 mai 1896.

Réglée à 14 ans, elle a déjà eu quatre grossesses, toutes terminées à terme par la naissance d'enfants vivants et bien portants ; l'un d'entre eux est mort depuis. En février 1895, métrite chronique qui est traitée à Necker par le curettage et l'amputation du col.

Grossesse actuelle. — D. R. du 12 au 15 janvier 1896 ; au moment où elle est admise à Baudelocque, elle est enceinte de 3 mois et demi ; l'utérus remonte à 8 centim. au-dessus du pubis ; elle séjourne au dortoir, sans présenter rien d'anormal, si ce n'est un peu d'éventration, jusqu'au 16 octobre ; à ce moment elle est à terme, la hauteur de l'utérus est de 33 centim. Elle entre à la salle de travail à 2 h. et demie du matin, avec une dilatation de 1 fr. ; sommet engagé en D. P.

La dilatation est complète à cinq heures et demie du soir ; on rompt les membranes à la dilatation complète ; l'expulsion du fœtus a lieu à six heures du soir, en O. P. ; le travail a duré plus de 16 heures. Extraction simple du placenta une demi heure après.

L'enfant, du sexe masculin, crie de suite, il pèse 3,980 gr. ; sa longueur totale est 52 centim. ; au 8e jour il pèse 4,130 gr.

La mère sort guérie le 26 octobre (1).

Obs. IV. — *Deux grossesses, dont une à terme. Amputation du col. 2 avortements. 1 accouchement avant terme. Rupture prématurée des membranes* (n° 212, 1897, Cl. Baudelocque). — Victorine L..., cuisinière, entrée au dortoir le 4 février 1896. Réglée à 12 ans.

1er accouchement en 1886 à terme ; enfant vivant en 1887 (14 sept.). Avortement à 3 mois.

En 1891, métrite hémorrhagique, curettage et amputation du col.

En 1894 (10 mai), avortement à 4 mois. Enfant vivant.

En 1894 (27 décembre), avortement à 4 mois. Enfant mort-né.

Les deux premiers enfants sont issus du même père ; les trois derniers sont d'un autre. D. R. de la fin de juin au commencement de juillet ; la hauteur de l'utérus mesure 26 centim. ; la grossesse est donc de 7 mois environ ; la malade s'est reposée pendant toute la gestation. Présentation du siège complet engagé en. S. D. ; dès le 4 février, elle perd du liquide amniotique (rupture des membranes à 10 heures soir) ; elle est gardée en observation dans le service ; le 6 février en pratiquant le toucher, on trouve les deux pieds dans le vagin ; on introduit dans le conduit vulvo-vaginal une mèche de gaze iodoformée. Le 8 février à midi et demi la femme dit ressentir des douleurs assez fréquentes ; elle est transportée à la salle de travail ; la dilatation est alors complète, le siège dans le vagin, un pied à la vulve ; expulsion immédiate du siège complet à 1 h. 55 soir.

Expression française du délivre, qui présente une odeur légèrement fétide ; injection intra-utérine de 15 litres.

L'enfant qui pèse 1,570 gr. est étonné ; sur la moitié inférieure de la cornée gauche on remarque une taie en croissant ; il est placé dans une couveuse ; au 20e jour, il pesait 1,560 gr. Mère guérie.

Obs. V. — *1re grossesse terminée à 6 mois, sommet. Métrite, curettage et amputation du col. — 2e grossesse terminée à 6 mois, épaule. — 3e grossesse terminée à 8 mois, épaule transformée en siège.* (Hirigoyen.) — Mme P..., mariée à 16 ans, devient enceinte l'année suivante et accouche à 8 mois d'un enfant mort ; présentation du sommet. A la suite, elle fut atteinte d'une métrite pour laquelle elle fut

(1) Le repos absolu que cette femme a pu garder pendant son séjour au dortoir, c'est-à-dire pendant cinq mois et demi, n'a certainement pas été sans influence sur la durée normale de la grossesse.

soignée pendant deux ans, et qui nécessita une opération. Reçue à l'hôpital St-André, dans un service de chirurgie, on lui fit un curettage de l'utérus et une amputation du col.

Deux ans après, janvier 1894, elle devint enceinte : Albuminurie pendant la grossesse, régime lacté du 3e au 6e mois. Malgré le régime, l'albumine se maintint à 9 grammes par litre. Au 6e mois, début du travail, le 2 juin au matin. Contraction utérine; le col est fermé, aucune partie fœtale n'est accessible au toucher. Le soir à 11 heures, la dilatation est de 4 centimètres : présentation de l'épaule gauche, dos en arrière, procidence du bras et du cordon. L'enfant est mort. Chloroforme. Version podalique : l'introduction de la main est facile, mais le col se rétracte fortement sur le cou du fœtus et la sortie de la tête est difficile. Suites de couches normales, malgré la présence de 5 gr. d'albumine. Deux mois après l'accouchement (juillet 1894), il y en a encore 1 gr. 50.

En février 1895, début d'une troisième grossesse. L'albumine, qui n'a jamais complètement disparu, remonte à 5 gr. et persiste tout le temps de la grossesse qui se termine à 8 mois.

L'enfant se présentait encore transversalement ; la version externe, tentée à plusieurs reprises, ne peut être effectuée. Le travail survint à 8 mois ; le 7 novembre, présentation du siège complet ; dégagement facile à cause du petit volume de l'enfant, né vivant, et qui s'est développé normalement ; le placenta n'a pas été examiné. Suites de couches normales.

Obs. VI. — *2 accouchements à terme. Amputation du col. 2 avortements consécutifs nécessitant 2 curettages. Difficulté de la dilatation.* (Chambrelent.) — Julienne R..., 29 ans, journalière. P. R. à 13 ans et demi.

1re grossesse à 22 ans ; accouchement à terme, enfant vivant.

2e grossesse à 23 ans et demi ; accouchement à 8 mois, enfant vivant.

A 26 ans, métrite hémorrhagique, curettage et amputation du col dans un service de chirurgie (hôpital Saint-André de Bordeaux).

3e grossesse l'année suivante ; avortement à 1 mois et demi, sans cause connue, infection et hémorrhagie ; elle est curettée à la clinique obstétricale par M. Audebert (1).

4e grossesse en 1896 ; la menstruation persiste, mais la malade ressent

(1) Cette observation figure sous le numéro V dans notre *Traitement de l'Avortement incomplet*, fait en collaboration avec le Dr Chaleix-Vivie.

des picotements dans les seins et suppose qu'elle est enceinte. Le 2 novembre, après des douleurs violentes, et une hémorrhagie abondante, elle expulse de gros caillots, dans lesquels on ne recherche pas la présence d'un embryon,

Le 24 et les jours suivants l'hémorrhagie continue ; frissons, fièvre.

Quand elle entre dans le service de l'isolement dirigé par M. Chambrelent, T. = 39°,4, P. = 110 ; suintement hémorrhagique continu ; l'utérus volumineux mesure 10 centim. à l'hystéromèlre ; le col est dur et fermé.

Le lendemain 28 novembre, dilatation du col avec les bougies de Hegar : cette dilatation est difficile par suite de la rigidité du col, et elle amène l'éclatement des commissures ; l'index introduit avec précautions ne peut décoller un fragment de placenta que l'on sent inséré sur la face antérieure, mais tout à fait au fond de l'utérus. La curette réussit à le détacher. Écouvillonnage de la cavité utérine avec la glycérine créosotée au tiers.

Le soir du curettage, T. = 40°,4 ; le lendemain matin 37°,8, le soir 39°,8.

A partir de ce jour, la température s'abaisse et l'involution utérine s'effectue dans les conditions normales, mais une arthrite tibio-tarsienne à streptocoques se développe, qui nécessite le transfert de la malade dans une salle de chirurgie le 8 décembre : A ce moment on peut la considérer comme guérie de toute complication dans la zone génitale.

Obs. VII. — *1re grossesse à terme. Amputation du col. 2e grossesse terminée à 8 mois et demi.* (Lugeol.) — Mme X..., secondipare. Premier accouchement à terme, suivi d'accidents infectieux, qui laissèrent une endométrite ; de plus, large déchirure du col. Elle subit deux ans après un curettage et une amputation du col (Schrœder). Une grossesse (la seconde) survint 18 mois après et fut bonne.

Elle accoucha un peu avant terme ; ses membranes se rompirent trente-deux heures avant le début du travail, O.I.G.A.

La dilatation fut lente (6 heures), mais régulière, la période d'expulsion très courte, une demi-heure à peine. Délivrance faite un quart d'heure après ; il y avait un placenta prævia marginal. Pas d'hémorrhagie. Suites de couches physiologiques.

Fille vivante pesant 2,700 gr.

Obs. VIII. — *2 grossesses à terme. Amputation du col suivie d'un avortement de 3 mois. Rétention placentaire ; curage digital ; guérison.*

(Personnelle.) — Marie D..., domestique, tertipare, 31 ans; les règles ont fait leur apparition à 17 ans.

En 1886, première grossesse, accouchement normal, garçon fort gros, en bonne santé; en 1889, seconde grossesse, garçon bien portant, à terme.

Souffrant du ventre à cette époque, elle entre à l'hôpital Saint-André en 1892, où on lui fit un curettage utérin, puis une amputation du col.

Devenue enceinte pour la 3e fois vers le milieu de 1895 (D. R. 7 novembre), elle est prise, sans cause connue, dans la journée du 12 mars, de coliques utérines très fortes et elle expulse un embryon de la longueur du doigt environ; les contractions s'arrêtent bientôt après, et la malade se croyant guérie, reprend son travail; le lendemain, une hémorrhagie subite et très abondante se déclare; appelé près d'elle, je trouve le placenta à moitié engagé dans le col, lequel est allongé en boyau et peu dilaté. Après une injection intra-utérine abondante je puis avec peine décoller toute la masse placentaire et opérer le curage digital de la cavité utérine. Le col, indépendamment de sa consistance ligneuse ordinaire et de sa forme en tunnel, présentait au niveau de l'orifice externe des noyaux fibreux, rigides, qui auraient sûrement opposé une certaine résistance à une dilatation plus avancée.

Les suites de couches ont été physiologiques.

OBS. IX. — 1 *grossesse à terme. Amputation du col. Accouchement avant terme ; rupture prématurée des membranes ; dystocie par rétrécissement cicatriciel du col ; incisions bilatérales ; forceps ; enfant vivant; guérison.* (Personnelle.) — Mélanie R..., journalière, 24 ans, secondipare: nourrie par sa mère et réglée à 15 ans, elle n'a jamais été malade jusqu'à sa première grossesse survenue en 1892. Cette grossesse évolue normalement et se termine à terme par la naissance d'un enfant qui, envoyé en nourrice à la campagne, meurt bientôt. Les suites de couches furent marquées des particularités suivantes: 7 jours après son accouchement, et perdant encore du sang, Mélanie R... se lève et reprend son travail; elle fut obligée de s'arrêter quelques jours après à cause de douleurs très vives dans le bas-ventre et surtout de métrorrhagies très abondantes. Depuis ce moment-là, les douleurs abdominales n'ont pas cessé, et la menstruation est devenue irrégulière, douloureuse, accompagnée presque toujours de pertes hémorrhagiques abondantes et de longue durée. En avril ou mai 1894, la

malade vint à la consultation de l'hôpital Saint-André où on lui conseilla d'entrer dans un service de chirurgie. Elle suivit ce conseil et au mois de juin on lui fit un curettage et une amputation du col. Guérie par cette intervention, elle devint enceinte, nous dit-elle, pour la seconde fois, au commencement d'avril 1895; les dernières règles remontent cependant au 9 mai; quelques pertes leucorrhéiques, mais aucune douleur dans la sphère génitale.

Subitement, dans la nuit du 20 octobre, elle commence à ressentir quelques douleurs et la rupture spontanée des membranes s'effectue presque aussitôt après. Je suis appelé auprès d'elle le 20 au matin et je constate alors que l'utérus remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic; le fœtus, petit, est en O.I.G.A., sommet déjà engagé; la dilatation atteint environ les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Je suis de suite frappé de l'aspect anormal du segment inférieur qui est dur et rigide sur une large étendue ; l'orifice utérin présente un bourrelet fibreux très appréciable ; mince et tendu, il est creusé de petites dépressions de quelques millimètres au niveau desquelles ce bourrelet n'existe plus. A la périphérie on trouve une zone cicatricielle formant un anneau complet, plus large sur les parties latérales où il atteint 3 centim. qu'en avant et en arrière où il mesure seulement 1 centim. et demi. Le segment inférieur très aminci coiffe exactement l'extrémité céphalique du fœtus.

On pratique des irrigations antiseptiques multiples et on plonge la parturiente dans un grand bain pendant une heure.

A 6 heures du soir, malgré des contractions énergiques et fréquentes, la dilatation est de 2 francs seulement. Dans la soirée un nouveau bain est administré ; malgré tout, le lendemain matin, le col est dans le même état, toujours rigide, avec le bourrelet quasi-cartilagineux qui cercle l'orifice utérin; la dilatation n'a nullement progressé. Pas une goutte de sang ne s'est écoulée. Les contractions se succèdent avec énergie, la femme très épuisée demande avec instance à être délivrée. T. = 37°,92, pouls = 9. Les bruits du cœur sont bons.

Vers midi en soulevant les draps, on perçoit une légère odeur fétide ; dès lors l'intervention s'impose. En raison de la nature cicatricielle du rétrécissement et de l'adaptation exacte de la tête sur le segment inférieur, je juge inutile d'employer les différents agents de dilatation (ballons, divulseurs, écarteurs, etc.), et je me décide à avoir recours aux incisions du col.

La femme est mise dans la position obstétricale et chloroformée.

Après un lavage des plus minutieux de la vulve et du vagin, j'introduis d'abord le médius gauche entre la tête fœtale et le segment inférieur dans la région latérale droite de l'utérus, un peu en haut, au point où l'anneau fibreux est plus large, tandis que l'index s'applique sur la face vaginale du col jusqu'à l'insertion du vagin. Toute l'étendue du segment inférieur qui doit être sectionnée est ainsi comprise entre mes deux doigts. Saisissant alors de la main droite une paire de ciseaux courbes, j'en glisse une lame dans l'utérus en suivant mon médius, tandis que la branche extra-utérine est dirigée le long de l'index. Au moment de la section on entend un bruit sec comme produit par la déchirure d'un morceau de parchemin ; immédiatement les lèvres de la plaie s'écartent ; j'ai soin de m'assurer que la limite de la zone cicatricielle est dépassée par l'incision.

J'opère de la même façon du côté opposé, le même bruit se fait entendre, et l'écartement se produit aussitôt ; peu ou point de sang.

Après une irrigation de 5 minutes, je trouve le col presque complètement dilaté, et la tête qui, avant l'intervention, était en O.I.G.A., a exécuté son mouvement de rotation en O. S. Les bruits du cœur faiblissent et la terminaison rapide de l'accouchement me paraît nécessaire. En introduisant la main dans l'utérus pour guider la première branche du forceps un flot de pus nauséabond s'en échappe.

Dégagement direct en O.S. sans difficultés. Le fœtus est recouvert d'une couche de boue liquide extrêmement fétide ; le placenta et les membranes sont verdâtres, et dégagent une odeur infecte. Pas d'hémorrhagie.

Après une injection intra-utérine très copieuse le segment inférieur et le vagin sont bourrés de gaze iodoformée.

L'enfant, rapidement ranimé, pèse 1,980 grammes ; la tête a très nettement la forme en pain de sucre.

Suites de couches. — Le lendemain, le pansement est retiré, l'injection intra-utérine qui suit est un peu louche.

Le 22 et le 23, pas d'élévation de température. Le 24, lochies odorantes ; les injections intra-utérines sont continuées 3 fois par jour.

Ce jour-là, par le toucher, je constate que le col reformé en partie, est notablement court, une sorte d'anneau incomplet (orifice interne) le limite en haut et de chaque côté le doigt rencontre une encoche profonde d'environ 1 centimètre.

Le 25. T. = 37°, 8.

Le 26, la malade se lève ; le soir T. = 39° ; lochies fétides, injections intra-utérines ; quinine.

Le lendemain et les jours suivants la température redevient normale, la fétidité disparaît et le 5 novembre, quand la malade quitte l'hôpital quoique l'involution utérine soit loin d'être terminée, la réunion des deux incisions est déjà presque parfaite ; à peine si l'on perçoit une dépression peu profonde.

L'enfant, nourri par sa mère, pèse alors 2,140 gr.

Obs. X. —. *2 accouchements à terme ; 1 avortement. Curettage et amputation du col. Accouchement avant terme. Rupture prématurée des membranes.* (Baudelocque, 1897, n° 184.) — Jeanne D..., 30 ans, couturière. Antécédents tuberculeux dans sa famille.

P. R. à 13 ans. Rougeole.

1re grossesse en 1885 ; garçon à terme, présentation du sommet, accouchement spontané.

2e grossesse en 1897, *ibid.*

3e grossesse en 1893, avortement à 3 mois. A la suite surviennent des hémorrhagies très fréquentes et très fortes ; malgré l'ergotine, les injections chaudes, elles persistent pendant deux mois ; la malade entre alors à Tenon où on lui fait un curettage et une amputation du col.

Grossesse actuelle. — D. R. du 2 au 7 juin 1896. Les mouvements actifs sont perçus à la fin de septembre.

Elle entre à la Clinique Baudelocque le 28 janvier 1897, souffrant un peu.

La rupture prématurée des membranes a eu lieu la veille, le 27 janvier, sans contraction.

L'utérus mesure 32 centimètres de hauteur, sommet engagé en G.A.

Le travail marche régulièrement, et l'accouchement se produit le 29 janvier à 7 h. 35 du soir.

Enfant vivant, du poids de 2,688 gr.

Délivrance normale 30 minutes après ; le placenta pèse 450 gr.

Mensuration des membranes 31/5.

Obs. XI. — *3 grossesses normales. Accouchements à terme. Amputation de Schrœder. Accouchement avant terme ; rupture prématurée des membranes. Hystéropexie. Accouchement à terme ; présentation de l'épaule ; rupture précoce des membranes ; version difficile ; enfant vivant.* (Cl. Baudelocque, 1897, n° 1428.) — Joséphine M..., 36 ans, rempailleuse de chaises. P. R. 15 ans, régulières.

Rougeole de l'enfance ; scarlatine à 6 ans ; fièvre typhoïde et pleurésie à 21 ans.

1re grossesse en 1879, garçon à terme, sommet ; nourri au sein ; mort à 2 ans et demi.

2e grossesse en 1883, fille à terme, sommet ; nourrie au sein ; morte de broncho-pneumonie à 2 ans.

3e grossesse en 1886, fille à terme, sommet ; nourrie au sein ; vivante.

En 1888, *amputation du col et curettage* à Bichat.

4e grossesse en 1895 ; accouchement à 7 mois ; rupture prématurée des membranes 8 jours avant le début du travail. Enfant né par le sommet, mort au bout de 10 jours.

En mars 1896, salpingite droite et rétroversion ; opérée à Bichat (*castration droite* et *hystéropexie abdominale*).

5e *grossesse actuelle*. — Elle entre au dortoir le 5 juillet 1897. D. R. vers le 20 novembre 1896. Hauteur de l'utérus : 36 centimètres. Hémorrhagies le 10 et le 20 janvier 1897.

Œdème des jambes et de la partie abdominale. Régime lacté.

On constate une présentation transversale, tête dans la fosse iliaque gauche, épaule droite dorso-antérieure.

Cette femme a commencé à perdre les eaux au dortoir à 1 heure et demie du matin le 22 août, n'éprouvant alors que quelques faibles douleurs. A partir de 3 heures du matin, les contractions deviennent plus fortes ; la malade est transportée à la salle de travail. A son arrivée on constate que le bras droit du fœtus est dans le vagin, la dilatation absolument complète. Pendant l'examen de la femme, il s'écoule une certaine quantité de liquide amniotique épais et de couleur verdâtre. Par le palper, on sent la tête dans la fosse iliaque gauche. L'auscultation pratiquée avec soin ne permet pas d'entendre les bruits du cœur, peut-être à cause de l'obésité et de l'œdème sus-pubien très marqué de la parturiente. On la met dans la position obstétricale, on place un lacs sur le membre situé dans le vagin, et Mlle Roze tente la version par manœuvres internes. Elle introduit alternativement dans l'utérus le bras droit puis le bras gauche et va à la recherche d'un pied. Celui-ci, placé très haut, au fond de l'utérus et en avant, ne peut être saisi qu'après plusieurs tentatives et de grands efforts. Abaissé enfin, il ne permet pas l'évolution du fœtus, l'utérus ne contenant pas de liquide amniotique. Mlle Roze saisit l'autre pied et l'amène à la vulve avec beaucoup de peine ; puis elle exerce sur ce dernier des tractions lentes et continues jusqu'à ce que le siège apparaisse à la vulve.

Après le dégagement du siège, le second pied avec le membre inférieur correspondant est extrait à son tour, puis le tronc, et enfin successivement le bras antérieur et le bras postérieur. La manœuvre de Mauriceau est alors tentée, mais la tête bridée par l'orifice utérin ne peut être dégagée qu'avec beaucoup de peine par Mlle Roze, pendant qu'un aide refoule le col. Un craquement articulaire a été entendu au moment du dégagement de la tête. L'enfant, un garçon de 4,430 gr., naît en état de mort apparente, il a fait plusieurs mouvements respiratoires pendant l'extraction; on ne peut le ranimer qu'après de longs efforts; désobstruction des voies respiratoires, insufflation, frictions à l'alcool, oxygène, bain sinapisé.

La délivrance n'a rien présenté de particulier.

La mère sort le neuvième jour en bon état, et l'enfant pèse alors 4,550 gr.

Obs. XII. — *Accouchement à terme. Curettage et amputation de Schrœder. Accouchement à sept mois et demi : présentation de l'épaule; rupture prématurée des membranes. Physométrie. Putréfaction fœtale. Embryotomie.* (Cl. Baudelocque, 1897, no 1967.) — Lina M..., 31 ans, ménagère, entre à la Clinique Baudelocque le 1er novembre 1897 à minuit.

P. R. à 18 ans, régulières.

1re grossesse en novembre 1892. Accouchement à Saint-Louis; fille à terme, venue par le sommet, élevée par une nourrice; bien portante.

En octobre 1893, curettage et amputation de Schrœder à Saint-Louis.

2e *grossesse actuelle.* — D. R. 15 au 18 mars.

Perception des mouvements actifs au mois d'août.

La hauteur de l'utérus est de 33 centim. Pas d'albumine. Elle vient à la consultation le 30 octobre dans la matinée; elle dit avoir perdu de l'eau ce jour-là, à 4 heures du matin. L'utérus est contracté, on ne peut reconnaître que deux masses qui semblent constituées par le dos et par la tête située en haut et à droite. Rien au niveau du détroit supérieur; on entend les battements du cœur à droite, peu distinctement. Le sang qui s'écoule en abondance est clair, plutôt rosé. Pas de contractions douloureuses. On accepte la femme à la salle Dugès. Dans l'après-midi, petites douleurs, pas de modifications du col, l'écoulement sanguin a cessé. Au palper on trouve l'utérus moins dur, et on confirme le diagnostic de présentation de l'épaule, la tête est toujours en haut et à droite.

Les bruits du cœur fœtal sont nettement entendus.

Le 31 octobre quelques petites douleurs ; plus de pertes, le soir elle entre à la salle de travail. Auscultation négative.

Le 1er novembre à 11 heures du matin on introduit un ballon Champetier gonflé à 300 gr. ; de temps à autre quelques petites contractions.

Le 2, le ballon est dans le vagin ; on le retire à 8 heures et demie ; à 9 heures et demie, dilatation comme une paume de main. Mauvaise odeur ; écoulement sanieux et fétide.

A 11 heures, intervention par M. Varnier. Embryotomie avec l'embryotome de M. Ribemont-Dessaignes. La section part de l'aisselle supérieure (la gauche) pour aboutir obliquement à la partie droite du cou ; par conséquent le bras gauche reste attaché à l'extrémité céphalique.

Fœtus putréfié ; exhalant une odeur infecte. Placenta putréfié.

Quelques heures après l'intervention T. = 41°.

Les 4 jours suivants la température oscille entre 37°,5 et 38°,5. On fait des injections intra-utérines quotidiennes qui ramènent des caillots et des débris fétides.

40 gr. par jour de sérum A.

Le 6, T. = 39°,2.

Le 9, T. = 38°,4.

Du 9 au 13 la température est normale et, à part quelques écarts, se maintient entre 37° et 37°,5.

En donnant les injections intra-utérines on se rend compte de l'état du col qui est le suivant : au fond du vagin on trouve un petit bourrelet d'un demi-centim. d'épaisseur, irrégulier, de consistance moyenne, mais présentant sur le pourtour une série de tubercules indurés, du volume d'un noyau de cerise. Ces tubercules circonscrivent un orifice qui laisse à peine pénétrer l'extrémité du doigt.

La femme est actuellement en bon état (9 décembre 1897).

Obs. XIII. — *1re grossesse normale. Curettage et amputation du col. 2e grossesse sans complications ; accouchement à terme.* (Cl. Baudelocque, 1897, n° 2180.) — Émilie J..., 39 ans, journalière.

P. R. à 15 ans. Rhumatisme articulaire à 17 ans.

1re grossesse : elle accouche spontanément chez elle, d'une fille à terme, en présentation du sommet.

Cinq semaines après son accouchement, elle entre à l'hôpital Necker pour un prolapsus utérin, qui est traité par l'amputation du col ; en même temps, castration gauche.

Grossesse actuelle. — D. R. du 26 au 29 février. Apparition des mouvements actifs à la fin de juillet 1895. Elle entre à la salle de travail de la Clinique Baudelocque le 29 novembre 1895 à 3 heures du soir; elle souffre depuis la veille (midi). La hauteur de l'utérus mesure 34 centim. Rien d'anormal, à part des varices au niveau des membres inférieurs; pas d'albumine.

Sommet engagé en G.A. A son entrée, la dilatation est complète, la poche des eaux rompue.

A 4 heures, elle expulse un enfant du sexe féminin, pesant 3,480 gr. et long de 48 centim.

Rien à noter pendant la période de délivrance; le placenta pèse 630 gr.

Obs. XIV. — *Accouchement à 7 mois et demi. Curettage. Amputation du col, ablation d'un kyste de l'ovaire. — 2e grossesse. Hémorrhagies, violentes douleurs lombo-abdominales pendant la grossesse; accouchement à terme; enfant vivant* (Maternité de Beaujon, Lepage). — Eugénie N..., 22 ans, blanchisseuse, entre à la Maternité de Beaujon le 15 septembre 1897.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une affection cardiaque. Mère morte d'une tumeur abdominale. Frères et sœurs vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — P. R. à 16 ans, réglée régulièrement depuis. Rougeole, péritonite (?).

Rhumatisme articulaire à 17 ans; à la suite, oppression, dyspnée. Début de la maladie de cœur.

Pleurésie à 19 ans et demi.

Albuminurie en mai et avril 1896.

1re grossesse en 1895; accouchement spontané à 7 mois et demi, enfant mort 2 heures après sa naissance. Immédiatement après cet accouchement la malade a subi un curettage, puis, en avril 1896, une amputation du col à Saint-Louis, et enfin, en novembre 1896, l'ablation d'un kyste ovarique.

Grossesse actuelle. — D. R. de 25 au 29 février 1897.

Apparition de mouvements actifs vers le 4e mois. La malade ressent pendant toute la durée de la grossesse des douleurs assez violentes dans la bas-ventre et dans les reins, semblables aux douleurs menstruelles. Depuis le mois d'avril, jusqu'au mois de juillet, elle perd constamment du sang; aussi est-elle obligée de garder presque toujours le lit, ne se levant que pour les repas.

Au mois de septembre, les douleurs deviennent plus vives et la

malade entre à la Maternité de Beaujon dans le service de M. Ribemond-Dessaignes, suppléé par M. Lepage, le 15 septembre, à 8 heures et demie du soir.

On constate à ce moment de l'albuminurie et, de plus, un rétrécissement mitral. La hauteur de l'utérus est de 25 centim.

Le lendemain matin, M. Lepage examine la malade. L'orifice du col regarde la symphyse, en contact avec la face postérieure du pubis. On ne sent nulle part du tissu cicatriciel. La partie fœtale est élevée.

Traitement. — Repos ; régime lacté ; lavement au chloral, non gardé ; potion au chloral ; puis lavements laudanisés.

19 septembre. Plus d'albumine, la malade se plaint violemment ; les douleurs sont très intenses ; pas de contractions de l'utérus. Par le toucher on ne constate aucune modification du col. Application de laudanum sur la paroi abdominale, potion avec 4 grammes de bromure de potassium.

Le soir vers 8 heures, les douleurs deviennent très fortes ; injection hypodermique de morphine.

Le 20. Amélioration sensible : deux pilules d'extrait thébaïque. Bromure de potassium.

L'état reste stationnaire jusqu'au milieu d'octobre avec tendance à la diminution des douleurs.

Même traitement : opium, chloral, sulfonal, bromure. Repos absolu.

Vers le milieu d'octobre les souffrances sont moins intenses et la malade accuse une atténuation marquée dans ses douleurs.

Hauteur de l'utérus le 30 septembre : 27 centimètres. Le 27 novembre 1897 : 33 centimètres.

Début du travail le 27 novembre 1897 à 6 heures du matin. A la visite, M. Lepage pratique le toucher et arrive sur un orifice épais, dont les bords ne font pas saillie, au niveau du segment inférieur, et sur la poche des eaux qui bombe pendant la contraction.

Début de la dilatation à 10 h. 1/2 du matin. O.I.G.A.

La période de dilatation est assez lente : la dilatation n'est complète qu'à 9 h. 40 du soir.

La rupture spontanée des membranes s'effectue à ce moment et l'expulsion de l'enfant a lieu de suite après, à 9 h. 45. Durée du travail, 15 h. 45.

Enfant vivant pesant 3,450 gr.

Délivrance normale ; le cordon, long de 80 centim., présente un nœud simple à 40 centim. de l'insertion ombilicale.

La femme est examinée le 9 décembre. M. Lepage trouve une cicatrice linéaire assez étendue dans le cul-de-sac droit, en avant du col, cicatrice longue de 7 centim. environ, ne faisant pas saillie.

Le col n'est nullement déchiré, il est régulier, sans tissu cicatriciel; il paraît moins long qu'à l'ordinaire.

La malade n'éprouve plus aucune douleur et n'est plus oppressée. (le 9 décembre).

OBS. XV. — *2 accouchements normaux. Curettage et amputation du col. Atrésie consécutive. — 3e grossesse : Dystocie du segment inférieur; travail durant cinq jours. Mort du fœtus; basiotripsie* (Maternité de l'Hôtel-Dieu annexe, 1896, n° 838) (1). — Marie B..., 30 ans, couturière, a marché à 19 mois.

P. R. à 12 ans. Rougeole, méningite (?).

1re grossesse qui se termine le 24 juillet 1884, par la naissance d'un garçon à terme, bien portant.

2e grossesse, accouchement à terme le 27 février 1892 ; garçon bien portant.

Grossesse actuelle. — D. R. du 8 au 16 novembre 1896.

Les mouvements actifs sont perçus vers la fin de février 1897.

Elle se présente dans le service, le 29 août à 6 heures du matin, après avoir souffert toute la nuit. La hauteur de l'utérus est de 35 centim. Pas d'engagement : sommet en G. T. On entend les bruits du cœur fœtal à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On trouve par le toucher, une volumineuse poche des eaux bombant dans le vagin. A 7 heures la poche se rompt et laisse écouler un liquide verdâtre. Après la rupture spontanée des membranes, les douleurs cessent complètement. A 9 heures, le toucher donne des sensations anormales. M. Lepage constate que le col est très court, mais résistant. Son orifice, situé très haut au niveau du détroit supérieur, près de la symphyse, laisse à peine passer la phalange de l'index. Le col ne fait aucune saillie ; pas de culs-de-sac. Sur le côté droit du segment inférieur on constate une surdistension de l'utérus. En se retirant, le doigt entraîne une assez grande quantité de liquide chargé de méconium.

La tête est au-dessus du détroit supérieur, très mobile.

---

(1) Observation due à l'obligeance du Dr LEPAGE. Rédigée d'après les observations de la Maternité de l'Hôtel-Dieu et d'après les notes prises par M. RUDAUX, interne du service, à une conférence faite par M. Lepage sur cette malade, le 2 septembre 1896.

La femme raconte alors qu'en 1894 on lui a fait un curettage à l'Hôtel-Dieu, où elle était entrée pour une violente hémorrhagie.

Les battements du cœur sont précipités : 140 puis 160 ; ils deviennent incomptables à 9 heures et demie.

Dans la journée les battements varient entre 120 et 140 ; pas de contractions.

Le 30, même état ; les contractions reparaissent faiblement dans la nuit. 140 pulsations fœtales.

Le 31, contractions toujours très faibles, pas de progrès de la dilatation. Les bruits du cœur se maintiennent à 140-144 ; à midi les contractions cessent complètement.

Ce jour-là, un nouvel interrogatoire apprend que la femme a subi une *amputation du col* (Schrœder) en même temps que le curettage signalé plus haut. Cette amputation explique les anomalies constatées par le toucher, brièveté du col, absence des culs-de-sac, etc. A la suite de cette amputation du col, atrésie considérable de l'orifice utérin, qui a nécessité des séances répétées de dilatation d'abord avec les bougies, puis avec les laminaires.

Le 1er septembre, M. Lepage examine la parturiente et constate que l'on peut introduire dans le col deux doigts ; le canal cervical est libre, perméable ; on sent une bride cicatricielle à la partie postérieure. L'utérus est tétanisé d'une façon permanente. A partir de 9 heures du matin, on n'entend plus les bruits du cœur fœtal.

A 10 h. 25 on introduit un ballon de Champetier de Ribes, qui est gonflé modérément (140 c. c.) de peur d'amener une rupture utérine que la tétanisation de l'organe doit faire craindre.

A midi la malade accuse quelques douleurs, l'utérus reste tétanisé.

A 4 heures du soir, le ballon est dans le vagin ; la dilatation est alors de 5 francs.

A 4 h. 35, nouveau ballon. T. = 38°, 2. A 5 heures, T. = 39°, 2.

A 5 heures et demie, M. Lepage se décide à pratiquer la basiotripsie, tout en prévoyant les difficultés qu'il va rencontrer à cause de la dilatation insuffisante et des lésions du canal cervical.

Chloroforme à 6 heures. *Basiotripsie* très laborieuse. La tête est en entier dans la cavité utérine ; il faut introduire la main très haut dans le vagin et se frayer un chemin avec deux doigts à travers le canal cervical. On arrive ainsi à bout de doigt sur l'extrémité céphalique ; l'introduction du perforateur est donc très difficile ; le canal cervical laisse à peine passer la cuiller qui est glissée en arrière et à gauche à

l'endroit où l'on croit trouver plus de place. Le premier broiement est mauvais. Il est absolument impossible de faire pénétrer la seconde branche. On essaie alors de tirer avec le perforateur et la première branche, mais l'instrument dérape.

Deuxième basiotripsie. — Réintroduction du perforateur et de la piermère branche ; les mêmes difficultés se reproduisent pour l'introduction de la seconde branche. Articulation, broiement. A l'aide de tractions faites avec lenteur et force, on sent que peu à peu la tête se moule ; bientôt elle apparait à la vulve. Le cordon a été pincé dans le premier broiement, on le sectionne ; la tête sortie, les épaules se dégagent assez facilement. L'opération terminée, on introduit la main dans l'utérus pour décoller le placenta qui l'était déjà en partie. En même temps on se rend compte de l'intégrité de la musculature utérine. Pas de déchirures du périnée.

Extraction du fœtus à 6 heures et demie.

Injection intra-utérine de 16 litres de bi-iodure à 0 gr. 25 pour 1000. On place ensuite une longue mèche de gaze iodoformée dans l'utérus. Pansement vulvaire, bandage en T.

A minuit, T. = 37°,2.

Le poids de l'enfant, sans le basiotribe, est de 3,340 grammes, sans compter la matière cérébrale.

Le 2 septembre, T. matin = 37°, T. soir = 36°,8.

On retire le tampon de gaze iodoformée.

Lavage vaginal très abondant : 8 litres.

Les jours suivants la température ne dépasse pas 37°,4.

Le 7 septembre, injection intra-utérine, et sulfate de quinine, 50 centigr. A partir de ce moment l'involution utérine s'effectue normalement. Mais le 16 septembre, quand la malade veut se lever, elle ressent de vives douleurs au niveau de la fesse droite et de la face postérieure du sacrum à droite. Grand bain, massage.

Le 24, massage et frictions d'alcool camphré sur la région douloureuse : la malade peut faire quelques pas, avec difficultés cependant.

Le massage est exécuté régulièrement tous les jours. A partir du 27 septembre, la marche est plus aisée, la station debout possible. Le 3 octobre, la malade marche seule, sans appui : elle sort complètement guérie le 22 octobre.

OBS. XVI. — *Curettage et amputation de Schrœder. Accouchement à huit mois. Rupture prématurée des membranes; enfant vivant. Avortement de deux mois et demi* (PAQUY). — Mme G..., a subi en 1889 un curet-

tage et une amputation du col (procédé de Schrœder) pour une endométrite datant de trois ans environ. Elle était alors âgée de 27 ans.

D. R. du 10 au 12 novembre 1893. Grossesse normale.

Le 24 juillet à minuit, rupture des membranes sans qu'il y ait eu début du travail.

Lorsque je la vis le 26 juillet 1894 à 4 heures du soir, je constatai une présentation du sommet en G. A. Il s'écoulait par les voies génitales du liquide amniotique.

Par le toucher on percevait un petit moignon de col, souple, mais nullement dilaté. Du reste, la parturiente n'avait eu aucune douleur depuis la rupture des membranes.

Les contractions utérines commencèrent vers 6 heures du soir, la dilatation fut normale et le 27 juillet à 6 heures du matin, Mme G... mit au monde un enfant du sexe masculin du poids de 2,850 grammes.

Après la délivrance, je constatai que l'orifice des membranes était à 14 centim. du bord du placenta.

En décembre 1895, Mme G... a fait une fausse couche de deux mois et demi environ.

Relevé des Accouchements.

N° des Observations.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	Total
I. — *Avant l'opération.*																	
A terme.....	..	3	4	1	..	1	1	2	1	2	3	1	1	..	2	..	22
Avant terme.	..	..	..	1	1	1	..	..	..	1	..	..	..	1	..	..	5
II. — *Après l'opération.*																	
A terme.....	..	..	1	..	..	..	..	..	..	..	1	..	1	1	1	..	5
Avant terme..	1	3	..	3	2	2	1	1	1	1	1	1	..	..	..	2	19

I. — **Influence sur l'évolution et la durée de la grossesse,** — A la lecture de ces observations et surtout à l'inspection du tableau ci-joint, on est frappé de la proportion énorme des avortements ou des accouchements avant terme. En effet, sur 16 femmes qui, après l'amputation du col, ont eu en tout 22 grossesses, on trouve seulement :

5 accouchements à terme. Obs. III, XI, XIII, XIV, XV.

Les autres accouchements se répartissent ainsi :

2	accouchements..	à 8 mois	1/2	Obs.	I, VII.
2	— ..	à 8 —		—	V, XVI.
2	— ..	à 7 —	1/2	—	X, XII.
3	— ..	à 7 —		—	IV, IX, XVI.
2	— ..	à 6 —		—	II, V.
1	avortement ..	à 5 —		—	II.
1	— ..	à 4 —	1/2	—	II.
2	— ..	à 4 —		—	IV.
1	— ..	à 3 —		—	VIII.
1	— ..	à 2 —	1/2	—	XVI.
1	— ..	à 1 —	1/2	—	VI.
1	— ..	(date inconnue)		—	VI.

En résumé nous constatons :

10 avortements.

9 accouchements avant terme.

5 accouchements à terme.

Peut-être que sur ce nombre considérable d'accouchements prématurés (19), il s'en est rencontré quelques-uns qui ne reconnaissaient nullement comme cause déterminante l'opération antérieure; cependant on est forcé de voir dans ce nombre considérable de naissances avant terme, autre chose que la résultante de causes banales restées inconnues, ou que l'effet d'une coïncidence fortuite.

D'ailleurs ces faits bien éloquents par eux-mêmes, deviennent encore plus saisissants quand on compare la marche des grossesses qui ont précédé l'amputation du col, avec l'évolution de celles qui l'ont suivie.

Ces mêmes femmes avant d'être amputées avaient fourni un total de 27 grossesses ; sur ces 27 grossesses :

22 grossesses sont arrivées.. à terme

2 — se sont terminées.. à 8 mois { 1 enfant mort. 1 enfant vivant (obs. 5 et 6).

1 — s'est terminée.. à 7 mois 1/2 (obs. 14).

2 avortements ont eu lieu.. à 3 mois (obs. 4, 10).

Donc avant l'amputation du col, sur 27 grossesses, 22 se

sont terminées à terme, soit 81 p. 100. Les mêmes femmes devenues enceintes après l'amputation, ne portent à terme que 5 grossesses sur 24, soit 21 p. 100.

La comparaison du nombre des avortements n'est pas moins probante. En effet, nous relevons 2 avortements antérieurs seulement, et 10 avortements postérieurs à l'amputation!

Ces chiffres parlent mieux et plus haut que tous les raisonnements ; l'observation 2 est du reste assez démonstrative à elle seule : Une femme ayant eu déjà 3 grossesses, qui ont donné naissance à des enfants vivants à terme, subit l'opération de Schrœder. Dans la suite elle devient enceinte 3 fois, mais elle ne porte aucun de ses enfants à terme, et les trois fois elle avorte entre 5 et 6 mois. L'histoire de Julienne R...(obs. VI) est calquée sur la précédente : Avant l'amputation 2 grossesses à terme, après l'amputation 2 avortements !

Sans doute ce sont là des faits peu communs ; mais ils montrent bien qu'il ne faut pas toujours compter sur la prétendue innocuité de l'amputation du col.

Nous ne nous étendrons pas sur la *cause* de ces avortements si fréquents; les explications qu'on en a données jusqu'ici ne sont pas suffisamment démontrées ; elles nous paraissent encore trop hasardées pour que nous les développions ici. Disons seulement que la durée de la gestation nous a semblé souvent en rapport inverse de la hauteur à laquelle le col a été sectionné et de l'étendue de la perte de substance qui a été le résultat de cette section. C'est ainsi que l'évidement du col d'après la méthode de M. Bouilly a occasionné moins d'accidents que les autres amputations plus radicales. Malgré l'absence de renseignements précis, il nous paraît très admissible que c'est à une plus ou moins grande épaisseur de la rondelle sectionnée qu'il faut attribuer dans la pluralité des cas l'interruption ou la continuation de la grossesse.

Nous rapportons une observation (n° 14) dans laquelle les derniers mois de la grossesse ont été marqués par des accidents assez sérieux dont la première gestation avait été exempte. La femme N... perdit du sang pendant 2 mois et res-

sentit de très vives douleurs dans les reins et le bas-ventre pendant tout le dernier trimestre. Malgré un repos complet au lit, malgré un traitement énergique à la Maternité de Beaujon, où l'on épuisa toute la série des narcotiques, on n'arriva pas à faire cesser complètement ces douleurs. On peut supposer (et l'hypothèse paraît des plus vraisemblables) que sans le repos l'accouchement prématuré fût survenu ici, comme dans tant d'autres cas. Ces douleurs reconnaissaient probablement pour cause les tiraillements que l'expansion du segment inférieur exerça sur la cicatrice cervicale.

II. — **Influence sur la marche de l'accouchement.** — Dans la plupart de nos observations, la marche du travail a été régulière, on ne constata rien d'anormal dans les contractions utérines ; la dilatation s'est effectuée sans retard marqué et sans douleurs trop vives; cependant quelquefois des anomalies ont été notées: Sans parler des cas nettement dystociques (obs IX, XI, XII et XV) dans lesquels l'accouchement ne s'est effectué qu'après 1, 2 et 4 jours (nous y reviendrons plus loin), nous avons trouvé comme *durée* du travail, dans les cas d'expulsion spontanée:

12 heures chez une primipare (obs. I) ;

15 heures 45 chez une secondipare (obs. XIV) ;

16 et 18 à 20 heures chez des multipares (obs. III et V), durée par conséquent un peu supérieure à la moyenne.

Un accident très fréquent est la *rupture prématurée des membranes* ; nous l'avons rencontré dans 10 observations. Dans l'observation VII, la rupture semble due à une insertion basse du placenta. La même raison peut être invoquée dans l'observation X, car l'ouverture des membranes était distante du bord placentaire de 5 centimètres seulement. Mais dans les autres cas, elle est vraisemblablement liée à l'état particulier du col amputé. Elle s'est produite :

Au début du travail			...............(obs. IX et XI).
32 heures avant le début du travail			..(obs. VII).
2 jours	—	—	..(obs. XVI et X).
3 —	—	—	..(obs. II et XV).

4 jours avant le début du travail ..(obs. IV et XII).
8 — — — ..(obs. XI).

En laissant de côté les cas d'avortement où cette rupture n'a pu être observée, on voit que la fréquence en est encore fort grande : 10 fois sur 15 accouchements.

Nous croyons devoir signaler cette particularité, car on n'ignore pas aujourd'hui quelle est l'importance de cette ouverture précoce de l'œuf dans la production des accidents infectieux. (Voir *Traitement de l'infection puerpérale*, par Pinard et Wallich.)

Mais la rupture prématurée des membranes entraîne une autre conséquence. Quelle que soit l'époque où elle survienne, elle est suivie, presque fatalement et à bref délai, de l'expulsion prématurée du produit de la conception. L'accouchement n'est pour ainsi dire qu'un phénomène secondaire sous la dépendance directe de l'ouverture de l'œuf. Cette influence est surtout manifeste dans les cas où le travail a débuté avant terme, dans les trois derniers mois de la grossesse. Elle a été alors signalée dans presque toutes nos observations ; on nous permettra donc de souligner tout particulièrement la physionomie spéciale de l'accouchement chez les femmes ayant subi l'amputation du col, et dont le premier temps est presque toujours constitué par l'écoulement prématuré du liquide amniotique.

Si nous cherchons la fréquence des diverses présentations dans les accouchements des trois derniers mois, nous trouvons :

Sommet.... 10 fois (obs. I, III, VII, IX, X, XI, XIII, XIV, XV et XVI).
Siège complet 2 — (obs. IV et V).
Épaules..... 3 — (obs. V. Proc. du cordon, enfant mort).
(obs. XI. Version, enfant vivant).
(obs. XII. Embryotomie).

Sur ces 15 enfants, 12 sont nés vivants. Mais il faut faire des réserves au sujet de celui de l'observation IV qui ne pesait que 1,560 grammes et n'avait pas encore récupéré son poids initial quand il quitta l'hôpital.

La mortalité fœtale est donc 3/15, soit 20 p. 100.

Si, dans les cas d'accouchement à terme, nous ne relevons aucune particularité de la délivrance, après l'avortement au contraire nous signalons *quatre* fois des rétentions placentaires s'accompagnant d'accidents graves, hémorrhagiques ou infectieux et nécessitant 2 fois le curage digital et 2 fois le curettage. Le nombre total des avortements constatés était seulement de dix ; on remarquera avec nous, combien *l'avortement incomplet* se rencontre souvent après l'amputation du col. Le défaut de dilatabilité de l'orifice utérin cicatrisé, ne pourrait-il expliquer la fréquence de cette complication?

Arrivons enfin aux cas où la dilatation a affecté un caractère anormal. Et d'abord nous avons constaté (obs. V) une lenteur extrême du travail, et une dilatation restant incomplète malgré une journée de violentes douleurs et amenant de grandes difficultés pour l'extraction de la tête dernière. Dans l'observation II, l'introduction du doigt dans l'utérus, pour exécuter le curage de la cavité, a été gênée par la résistance de l'orifice utérin. Chez une autre femme (obs. VI) on dut pratiquer la dilatation avec les bougies de Hegar, mais à cause du manque de souplesse du col, cette manœuvre fut longue, pénible, et amena l'éclatement des deux commissures (1) ; on peut se demander si cette rigidité n'eût pas causé des accidents plus sérieux au moment d'un accouchement à terme.

Ces accidents se sont produits dans l'observation IX au cours du travail, survenu à 6 mois. La présence d'un anneau fibro-cicatriciel absolument inextensible cerclant tout l'orifice utérin sur une largeur de 1 centim. et demi à 3 cent. rendait la dilatation impossible ; aussi après une attente de plus de 24 heures il fallut en venir à la section bilatérale de la lésion inodulaire et terminer par une application de forceps.

On peut rapprocher de ce cas l'observation XV, dans laquelle le travail dura quatre jours ; il fallut terminer l'accouchement par une basiotripsie laborieuse à travers un orifice inexten-

(1) L'éclatement des commissures pendant la dilatation avait été signalé par MURPHY. *Americ. Journal of Obstet.*, 1883-1884.

sible, incomplètement dilaté, malgré l'emploi de ballons Champetier de Ribes. Il nous semble que cette dystocie doit être attribuée non seulement à une véritable sténose cicatricielle du col, mais peut-être encore à une altération particulière du muscle utérin, résultant de l'amputation cervicale et qui présenterait quelque analogie avec les lésions produites par les cautérisations au chlorure de zinc. Cette femme a dû en effet, après l'opération de Schrœder, subir plusieurs séances de dilatation avec les tiges de Hegar et les laminaires, pour une atrésie complète du col. Cette altération, d'après M. Lepage, entraverait l'expansion du segment inférieur pendant le travail et par conséquent apporterait un obstacle sérieux à la dilatation et à la descente de la tête. Ici, ce défaut de développement du segment inférieur nous paraît démontré et par l'élévation de la partie fœtale en présentation et par la surdistension partielle constatée au cours du travail sur la partie droite du segment inférieur.

Nous n'insisterons pas sur l'observation XI où la présentation de l'épaule paraît être plutôt sous la dépendance de l'hystéropexie que de l'amputation du col.

Dans l'observation XII, où l'on constate aussi une présentation du tronc, l'amputation du col peut être seule incriminée. Quand la parturiente arriva à Baudelocque, les membranes déjà rompues et sans début de travail, la tétanisation de l'utérus était telle, que le diagnostic devint malaisé et la version impossible. Quatre jours après, quand la dilatation eut été péniblement obtenue à l'aide des ballons Champetier de Ribes, on fut obligé de pratiquer l'embryotomie, l'œuf étant déjà infecté, le fœtus et le placenta putréfiés.

Nous avons déjà signalé la fréquence des rétentions placentaires après l'avortement. Rappelons qu'on dut pratiquer 4 fois l'extraction artificielle du délivre, deux fois avec le doigt, deux fois avec la curette. Mais ce ne sont pas les seules *interventions* rapportées dans ces observations. Nous avons vu que deux fois on eut recours à la version par manœuvres internes pour extraire un enfant se présentant par l'épaule (obs. V et XI).

Dans un autre cas de présentation de l'épaule où le travail traîna en longueur et se compliqua de putréfaction intra-utérine, on dut mutiler le fœtus au moyen de l'embryotomie cervicale.

Une autre fois la basiotripsie seule permit d'extraire l'enfant après quatre jours de travail (obs. XV).

Enfin nous avons obtenu de bons résultats en imitant la pratique de Dührssen, c'est-à-dire en incisant l'orifice externe sténosé.

Par conséquent : 9 opérations, dont quelques-unes très graves, ont été pratiquées pour 24 accouchements ou avortements, soit 37,5 p. 100, proportion qui dépasse de beaucoup la moyenne des interventions dans les cas où on n'a pas relevé une cause sérieuse de dystocie : rétrécissement de bassin, malformation utérine, etc.

Il nous paraît assez facile d'expliquer la pathogénie des rétrécissements cicatriciels. Si à la suite de l'amputation du col, l'adaptation des parties cruentées est parfaite, si la réunion se fait par première intention, le tissu cicatriciel est réduit à son minimum ; il n'existe pour ainsi dire pas. La dilatation se fera donc sans gêne et sans tiraillements. Mais quand la réunion *per primam* vient à faire défaut, quand une cicatrisation par bourgeonnement se produit, le tissu souple et élastique du col se transforme en un tissu scléreux et inextensible qui met obstacle à la dilatation et qui, sous l'effort de plus en plus énergique des contractions utérines, résiste indéfiniment ou bien se rompt sur une étendue variable. Bénignes si elles n'intéressent que le bord orificiel, ces ruptures acquièrent une gravité redoutable si elles dépassent le portion vaginale du col. Les cas de mort par rupture utérine consécutive à l'éclatement des tissus scléreux du col sont trop connus pour que nous insistions davantage. (Voir Thèse Taurin. Paris, 1895.)

Les rétractions cicatricielles du col se rencontrent plus rarement aujourd'hui, depuis que les anciennes méthodes d'amputation par cautérisation sont abandonnées. Tous les gynécologues modernes assurent l'affrontement des parties avivées par des sutures suffisamment rapprochées qui doivent s'opposer à

la formation du tissu inodulaire. Dans l'immense majorité des opérations ce résultat est obtenu. Mais quelle que soit l'habileté du chirurgien, peut-il toujours être certain d'une réunion par première intention ? Ne faut-il pas redouter, malgré toutes les précautions, la rupture de quelques points de sutures, qui sera suivie de l'écartement des lèvres de l'incision et de la formation d'une cavité au niveau de laquelle la cicatrisation se fera par bourgeonnement ? Or toute plaie qui bourgeonne doit amener fatalement la constitution d'une plaque plus ou moins étendue de tissu fibreux, impropre à toute dilatation.

Telles sont les considérations qui nous semblent découler de l'examen impartial des faits que nous avons rapportés. Notre intention n'est nullement de proscrire toujours et sans appel l'amputation du museau de tanche, parce qu'elle expose quelquefois à des sténoses cicatricielles. Nous sommes persuadé au contraire que l'amputation de Schrœder est une des plus utiles opérations de la gynécologie conservatrice et qu'elle donne de bons résultats dans les métrites chroniques avec augmentation du volume du col et du corps. Nous voudrions seulement qu'on la réservât dans les cas où l'échec des traitements ordinaires fournit une indication formelle à une intervention chirurgicale. Il serait à désirer de plus que dans l'opération on fût aussi ménager que possible de l'étoffe du col (nous avons déjà dit pourquoi), et qu'on fît tous ses efforts pour obtenir une cicatrisation par première intention.

Il est intéressant de remarquer que presque toujours l'amputation du col a été accompagnée d'une opération complémentaire. Dans un cas (obs. II) l'hystéropexie a été pratiquée après l'opération de Schrœder, et c'est à elle que nous attribuons la présentation défavorable observée chez la malade. Mais dans tous les cas, c'est le curettage qui a constitué pour ainsi dire le premier temps de l'intervention. On pourrait donc se demander si le curettage ne joue pas un certain rôle dans la production des avortements si fréquents ou des accidents dystociques. Nous croyons que ce rôle doit forcément être très limité ; l'action de la curette ne dépasse pas la muqueuse utérine ; la musculature

utérine est toujours respectée, à moins de perforation, et on comprendrait difficilement l'influence qu'un simple raclage de la cavité utérine pourrait exercer sur la durée de la grossesse et sur la marche du travail pendant l'accouchement.

Traitement prophylactique. — Il ne faudra pas oublier qu'une femme privée d'une partie du col de l'utérus est exposée plus que toute autre aux accouchements avant terme. Par conséquent, dès le début de la grossesse elle sera soumise à une surveillance attentive, elle évitera toute cause de fatigue pouvant éveiller des contractions utérines et amener ainsi l'expulsion d'un œuf abortif. Dans les derniers mois de la gestation les précautions doivent être plus rigoureuses. Nous avons appris de M. Pinard combien la marche et la station debout agissent sur l'engagement précoce de la tête et par suite sur la rupture des membranes et sur la provocation prématurée de l'accouchement. Aussi pour prévenir l'interruption de la grossesse, il sera prudent d'exiger le repos presque complet. Nous avons déjà signalé dans deux cas (obs. XV et XIV) les bons effets du repos persistant pendant les derniers mois de la grossesse.

Traitement curatif. — Si l'on se trouve en présence de ces faits exceptionnels où la marche de la dilatation est absolument entravée par le processus scléro-fibreux qui a envahi le col, que doit-on faire ? Il ne rentre pas dans le cadre de notre travail, d'étudier en détail les ressources de la thérapeutique obstétricale vis-à-vis des rétrécissements cicatriciels, disons seulement qu'on a préconisé la dilatation forcée, tantôt à l'aide des écarteurs métalliques, tantôt avec les ballons dilatateurs, tantôt avec la main. Ici tous ces moyens nous paraissent inutiles, pour ne pas dire dangereux.

Un procédé plus efficace est celui des débridements. Guéniot recommande de les pratiquer à petits coups, de proche en proche, par entailles peu profondes ; leur multiplicité mettrait à l'abri des larges déchirures du col.

Dührssen au contraire est partisan de profondes incisions au nombre de trois ou quatre, deux latérales et une postérieure sur une étendue de 4 centimètres environ ; elles sont complètement

inoffensives, d'après Dührssen, et ne demandent même pas à être suturées. Nous avons dit plus haut que, dans un cas de ce genre (obs. IX), deux incisions portant de chaque côté du col et longues de plus de 3 centimètres ont permis de faire immédiatement une application de forceps et d'extraire ainsi un enfant vivant.

La malade a parfaitement guéri. On a cité, il est vrai, de nombreux cas de mort par rupture utérine à la suite des incisions de Dührssen, et M. Pinard, à la Société obstétricale de France en 1893, a rapporté deux faits de déchirure vésicale consécutive à un débridement du col. Il semblerait donc quelquefois plus prudent de recourir d'emblée, surtout si la femme est à terme et si la cicatrice est très large, à l'amputation utéro-ovarique de Porro. En particulier, dans l'observation XV, cette opération eût été très justifiée.

D'ailleurs il est évident que la conduite de l'accoucheur devra varier suivant le siège et l'étendue de la lésion et suivant la profondeur des tissus envahis ; il serait plus que téméraire de vouloir, d'avance, instituer un traitement univoque, indistinctement applicable à toutes les sténoses cicatricielles du col.

Conclusions. — De nos observations, on peut conclure que l'amputation du col exerce une influence marquée :

1° Sur la *durée* des grossesses ultérieures, en causant fréquemment des avortements ou des accouchements prématurés.

2° Sur la *marche du travail* de l'accouchement : A) en exposant à la rupture prématurée des membranes ; B) en occasionnant, dans les cas d'opération *atypique*, des rétrécissements cicatriciels du col, qui s'opposent parfois d'une façon absolue à la dilatation.

FIBROME POLYKYSTIQUE MALIN DE L'UTÉRUS

Par le Dr **Vitrac (Junior)**,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

(Travail de la clinique de M. le Professeur Lanelongue et du laboratoire des cliniques de M. le Professeur agrégé Sabrazès.)

I

Parmi les tumeurs malignes de l'utérus, il existe en dehors de l'épithélioma, et du déciduome malin que son origine spéciale ne permet pas de séparer de la pathologie de l'utérus post-gravidique, toute une série de néoplasmes qui ont été décrits sous le nom de sarcomes.

Ces sarcomes répondraient cliniquement à deux types principaux : 1° le sarcome circonscrit ou interstitiel (1) ; 2° le sarcome diffus ou sarcome de la muqueuse (2).

On accorde au premier les caractères anatomiques des tumeurs fuso-cellulaires ; au second, les caractères des tumeurs molles, globo-cellulaires.

Le sarcome de l'utérus, enfin, pourrait se développer dans un organe jusque-là normal, ou au contraire dans un organe déjà en voie d'hyperplasie fibreuse ou musculaire. Cette association du sarcome avec le fibro-myôme, classiquement adoptée, varierait cependant dans ses modes de production et d'évolution. Aussi pour la désigner voit-on figurer les dénominations complexes de : « fibrome récidivant, tumeur myxo-sarcomateuse, sarcome kystique, fibrome kystique à évolution rapide, fibro-sarcome, myo-sarcome... etc., etc... » ou encore « récidive sarcomateuse d'un fibrome utérin (Colles), dégénérescence sarcomateuse du fibro-myôme (Delbet), évolution sarcoma-

(1) Terrillon. *Bull. gén. Thérap.*, 1890, p. 496.
(2) Aubry. Th. Paris, 1895-96. — Gaymann. Th. Paris, 1893-94.

teuse des fibro-myômes utérins (Pilliet), etc., etc... » (1).

Mais aujourd'hui il importe de se demander ce que sont en réalité ces sarcomes utérins ? Car on tend à diminuer singulièrement la compréhension du genre sarcome : certains voudraient même le rayer en entier du cadre des tumeurs (2).

Déjà les endothéliomes ont pris une part de ce qui revenait au sarcome ; et actuellement on s'efforce de trouver dans les caractères morphologiques des cellules néoplasiques la filiation qui les rattache directement aux tissus adultes au milieu desquels elles se sont développées ; on conclut alors que les prétendus sarcomes ne sont que des fibromes, des myômes en voie d'évolution, et qu'ils ne représentent qu'une étape transitoire dans leur développement.

Dès lors, pourquoi conserver aux tumeurs de ce genre le nom de « sarcome » qui a le désavantage, tout en caractérisant parfaitement leur forme clinique, d'impliquer l'idée d'une dualité anatomique ? Il importe, au contraire, pour les définir, « de ne tenir compte que des parties de la tumeur qui ont achevé leur évolution (3) ».

Pour un « sarcome » de l'utérus en particulier, que l'on trouve de quoi prouver que les éléments néoplasiques sont issus des cellules conjonctives ou des cellules musculaires, la tumeur ne sera plus qu'un fibrome, un myôme en voie d'accroissement rapide, et susceptible même de présenter tous les caractères de la « malignité ».

L'observation que nous allons rapporter est précisément celle

---

(1) D'après Laurent, on pourrait établir les subdivisions suivantes :

1° Cas de fibromes purs ; 2° cas de sarcomes purs ; 3° coexistence du sarcome et du fibrome ; 4° cas de tumeurs en partie sarcomateuses, en partie myomateuses (myo-sarcomes) ; 5° cas de fibrome en voie de dégénérescence sarcomateuse (myômes sarcomatoïdes de Williams par transformation des cellules musculaires du myôme) ; 6° récidives sous la forme sarcomateuse succédant à des fibromes extirpés. (*La Clinique*. Bruxelles, 1894, p. 631.)

(2) J. Paviot et L. Bérard. *Arch. de méd. expér.*, juillet 1897, p. 819.

(3) Ch. Regaud. Du fibrome musculaire dissociant à évolution maligne. *Arch. de méd. expérimentale*, 1896, VIII, p. 58.

d'un « fibrome polykystique malin (1) ». Nous l'avons recueillie à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dans le service de notre maître, M. le professeur Lanelongue (avril 1897).

II

OBSERVATION. — Mlle F..., 34 ans, sans profession, entre à l'hôpital Saint-André, dans le service des Dames payantes, chambre 7, pour une volumineuse tumeur abdominale ayant débuté il y a 4 ans.

Dans ses antécédents héréditaires ou personnels, rien de spécial à signaler. Les premières règles, survenues à 12 ans, ont été depuis absolument normales; très régulières, elles durent 5 à 6 jours, sans douleurs. Pas de pertes blanches. Pas de grossesses.

La malade remarqua pour la première fois, il y a 4 ans, que son ventre augmentait de volume dans l'ensemble, sans qu'elle pût préciser qu'un point fût plus spécialement en relief. Puis, progressivement, sans douleurs, sans modifications des règles, sans autre trouble fonctionnel que de légères épreintes vésicales, sans modification de l'état général, la tuméfaction du ventre a atteint en 1896 le volume qu'elle possède actuellement.

Depuis un an, elle est donc restée stationnaire.

Quand on examine la malade, dans le décubitus dorsal, on est frappé tout d'abord par la forme arrondie du ventre, l'augmentation de volume ayant porté à la fois dans toutes les régions : les flancs sont un peu élargis, comme dans le ventre de batracien, et la voussure médiane semble dépasser l'ombilic. La peau est mobile, normalement colorée ; pas de vascularisation excessive.

A la palpation, on reconnaît l'existence d'une tumeur qui plonge dans l'excavation et qui s'étend aussi dans la grande cavité abdominale ; sa surface semble régulière, mais ses limites sont assez difficiles à apprécier, la tumeur paraissant s'étaler dans tout le ventre, sans dépasser toutefois l'ombilic. La consistance de la tumeur est uniformé-

---

(1) Sous le nom de *cancer musculaire lisse*, MM. PAVIOT et BÉRARD (*loc. cit.*) viennent de décrire, en les séparant du sarcome, des myômes malins qui doivent être les analogues de notre « fibrome malin ». Nous ne pensons pas qu'il soit indispensable, pour caractériser cette malignité, d'avoir un terme spécial. Néanmoins, si nous voulions adopter le mode de dénomination de ces auteurs, nous devrions appeler « cancer fibreux de l'utérus » la tumeur que nous allons étudier.

ment mollasse, peut-être fluctuante. Elle est peu mobile, sans doute à cause de son grand volume, plutôt qu'en raison d'adhérences pathologiques, car à sa surface, les masses intestinales se déplacent facilement. La matité s'étend à la seule région sus-pubienne pour diminuer insensiblement jusqu'à la zone sonore qui recouvre le reste de la tumeur. Pas de modifications de la matité dans les diverses positions données à la malade.

Par le toucher vaginal, on reconnaît que l'utérus est très remonté : le col, dont l'orifice est punctiforme, est lui-même petit, non dévié, et caché très haut sous le pubis. Les parois vaginales sont comme étirées, et l'exploration des culs-de-sac ne permet pas de constater à leur niveau la saillie de la tumeur. Les mouvements de celles-ci se transmettent très obscurément au col. L'hystérométrie n'a pas été pratiquée.

L'état général de la malade est excellent ; les urines normales. Aucune lésion des différents appareils.

En présence de ces symptômes, l'idée d'une tumeur de l'utérus ou des ovaires s'imposait, et en raison de l'indolence de la tumeur, de sa consistance molle et élastique probablement liquide, en raison de son étalement dans tout le ventre et le petit bassin, notre maître porta le diagnostic de kyste ovarique. Malgré l'accalmie survenue depuis un an, l'extrême rapidité du développement dans les trois premières années, la jeunesse même de la malade, inposaient en outre un caractère de certaine malignité à la tumeur qui devait répondre au type cysto-épithéliome, et qui réclamait ainsi une intervention hâtive. Elle eut lieu le 28 avril 1897.

Le ventre ouvert, on est en présence d'une tumeur à surface lisse, encapsulée, de coloration rouge violacée. Elle offre sous le pubis, au bas de l'incision abdominale, une saillie arrondie du volume d'un très gros poing, au-dessus de laquelle un sillon léger limite une deuxième masse. Celle-ci est plus volumineuse ; ses limites semblent se perdre en haut et dans les flancs. Une main qui explore le ventre ne peut arriver à en dépasser les contours ; même impossibilité après agrandissement de l'incision. M. Lanelongue essaye alors de séparer la masse principale, de la tumeur sous-pubienne qui doit représenter l'utérus. Une incision de la capsule est donc faite dans le sillon de leur séparation ; mais toute tentative d'énucléation est impossible, car le tissu de la tumeur au-dessous de son enveloppe se montre sous forme de cordons élastiques, résistants, de couleur rougeâtre, intri-

qués, et limitant des parties kystiques ; à leurs extrémités, de petits renflements sphériques paraissent appendus. L'exploration de ces tractus conduit dans la direction du vagin vers des parties plus largement anfractueuses qui doivent être ou le vagin ou l'utérus. Une deuxième fois, l'incision est agrandie, jusqu'à l'appendice xiphoïde.

Le pôle supérieur de la tumeur peut alors être soulevé, et le mouvement de bascule imprimé, fait saillir du petit bassin une autre masse, intermédiaire comme grosseur aux deux précédentes.

Les ligaments larges s'insèrent sur la tumeur la moins volumineuse, celle qui est sous le pubis, la plus basse et la plus antérieure : ils sont sectionnés ainsi que le pédicule inférieur de la tumeur. Celui-ci, la vessie ayant été reconnue et détachée en avant, est bien le vagin : on a donc enlevé en même temps que tout l'utérus un néoplasme y attenant.

Drainage et tamponnement transvaginal.

Suites opératoires, excellentes : la guérison, un peu retardée par une légère poussée de bronchite, était cependant complète au bout d'un mois, et à ce moment la malade quittait l'hôpital.

Examen macroscopique. — La tumeur, du poids de 8 kilogr. 850, est constituée par deux énormes masses, dont l'une, supérieure, à grand axe vertical (la pièce examinée est dans la situation qu'elle aurait sur la malade debout) est la plus volumineuse, présentant 20 centimètres de haut sur 15 de large. Elle a la forme d'une outre gonflée ; la partie rétrécie est séparée par une légère dépression de la seconde masse ; c'est à travers cette dépression que font hernie, les parties de la tumeur mises à nu par les tentatives de décortication faites pendant l'opération, La seconde masse, globuleuse, grosse comme une tête et irrégulièrement arrondie, est perpendiculaire à la première : elle était en effet placée entre le pubis et la concavité du sacrum. On peut y décrire un lobe antérieur sous-pubien, qui correspond à l'utérus coiffé de son ligament large ; un lobe postérieur qui plongeait dans le Douglas ; celui-ci est un peu irrégulier, formant deux bosselures au milieu desquelles émerge le col utérin.

La coloration pour toute la tumeur varie du rose foncé au rouge et au rouge violacé. La surface est lisse et polie : il n'y a pas trace d'adhérences. Çà et là, vaisseaux qui se sont vidés, après section des pédicules ligamenteux et vaginaux. La consistance de la tumeur est élastique partout, rénitente, fluctuante ou pseudo-fluctuante par endroits.

Quand on examine la tumeur, les parties irrégulières et végétantes qu'on voit à sa surface sont celles que la déchirure de la capsule a mises à nu. Cette capsule existe partout à la périphérie : continue avec les ligaments large, elle représente évidemment le péritoine ; il faut donc en conclure que la tumeur était sous-péritonéale. Si on fend la tumeur en long à partir du col, on constate la structure suivante : un tissu villeux, élastique, irrégulier, semblant formé de faisceaux pelotonnés et mêlés, constitue la charpente solide ; au milieu de la coupe un gros kyste, puis sur tout ce qui reste de la surface, des kystes plus petits et des espaces lacunaires qui ont un contenu séreux, tel est l'aspect d'ensemble des tumeurs.

Mais il est utile d'entrer plus avant dans le détail de chacune des parties qui les constituent.

A. — Dans la tumeur principale, on trouve :

1° Des grappes de petits appendices pédiculés ; ils ont une consistance mollasse, ou sont un peu plus résistants comme de petits fibrolipomes, quelques-uns ressemblent à des grains de molluscum ; ou bien ils sont kystiques, d'autres sont tremblotants, d'aspect gélatineux ; on en voit avec une teinte vineuse qui sont nettement fluctuants. Ce qui forme la charpente de ces grappes est une sorte d'amas de cordons rougeâtres plus ou moins accolés entre eux. Il se perdent dans une intrication singulière, ou sont simplement parallèles ; ils se confondent peu à peu avec des parties d'un autre aspect ;

2° Le reste des coupes est en effet un tissu blanchâtre, criant sous la scapel, qui limite des kystes à contenu d'aspect colloïde. Ce tissu blanc se présente sous forme de bandes irrégulièrement stratifiées. Dans leur centre on trouve des cavités aréolaires contenant ce même liquide jaunâtre onctueux ; ces cavités sont plus étendues. Au premier examen ces masses simulent des hydatides ; à un examen microscopique extemporané, elles sont constituées par un feutrage de tissu cellulo-élastique dans les mailles duquel on trouve des cellules granuleuses ; çà et là quelques hématies, du pigment hématique, des vésicules graisseuses ; on dirait une série de boules d'un œdème gélatineux.

B. — La deuxième partie de la tumeur, celle qui correspond à l'utérus et aux deux prolongements postéro-latéraux du Douglas, est constituée par une série de poches, qui sont assez voisines les unes des autres. Elles sont au nombre de quatre dont l'une, la plus inférieure, correspond à la cavité utérine (ou ce qui en reste) ; car c'est à

son niveau que sont les attaches des ligaments larges avec les annexes qui, de chaque côté, ne sont nullement altérées.

En réalité, il ne reste que la cavité du col utérin, libre sur une hauteur de 3 centimètres avec une muqueuse d'apparence saine. Au-dessus, le conduit cervical reçoit sous forme de bouchon un amas de saillies végétantes, suspendues à autant de tractus qui s'insèrent au fond de ce qui fut la cavité utérine. La coque utérine est formée en effet par un tissu villeux formant un très grand nombre de franges supportant chacune comme des petits glands et constituant une série de pendeloques charnues d'un blanc rosé, molles au toucher, ne paraissant pas kystiques. Ce paquet de villosités est bien l'analogue de celui que nous avons décrit dans la masse principale de la première tumeur; au reste, les deux paquets se continuent mutuellement, s'emboîtant réciproquement par leurs prolongements, et c'est un même tissu végétant, pelotonné et chargé de végétations qui forme les cloisons qui séparent les unes des autres les poches qui nous restent à décrire dans la deuxième tumeur.

L'une de ces poches est en arrière et au-dessus de l'utérus; une série de tractus relie sa paroi aux végétations sus-décrites et aux petits kystes qui les séparent. Son volume est celui d'un œuf de poule; sa paroi est résistante, d'un blanc grisâtre; on peut la décoller en partie de ce qui reste de la coque utérine, sauf les brides qui la réunissent au paquet villeux, dont elle n'est en réalité qu'une dépendance. Ce kyste ouvert contient : une deuxième paroi de consistance gélatiniforme de teinte violacée; puis à l'intérieur, des verrucosités d'un blanc hyalin, très dures, d'aspect papillaire. Ces villosités secondaires sont ou bien disséminées sur la poche, ou bien agglomérées et forment un bloc mamelonné du volume d'une noix.

Une troisième poche, sur les côtés du col et de la tumeur utérine, est séparée de celle-ci par une toile membraneuse; son volume est celui d'un œuf d'autruche; son contenu paraît irrégulier et dur; et en effet, elle contient des noyaux d'un blanc grisâtre, donnant du suc à la coupe, de consistance assez molle, ayant tout à fait l'aspect de masses « sarcomateuses » avec des sinuosités veineuses sillonnant leurs interstices. Ces masses sont marronnées, villeuses, séparées par des kystes. Ces kystes contiennent un tissu qui se laisse facilement déchirer, blanc jaunâtre; il est également élastique, se laissant étirer, un peu filandreux lorsqu'on le dissocie. Ce sont des fibrilles conjonctives et élastiques, boursouflées, qui contiennent un liquide qui gonfle les kystes.

La quatrième poche, du côté opposé de l'utérus, à droite et un peu en arrière, intermédiaire aux deux grandes masses qui constituent toute la tumeur, donne au toucher la sensation de crépitation neigeuse ; on y devine encore une série de nodosités. On ouvre cette poche : elle est franchement kystique, composée de plusieurs cavités aréolaires. Et sur les parois, les irrégularités senties sont autant de pendeloques, d'un blanc nacré, finement pédiculées.

Examen microscopique. — Divers fragments de la tumeur, et de l'utérus dans ce qui restait de sa portion cervicale, ont été examinés.

A. — Sur une coupe de l'utérus, on voit que la muqueuse a disparu et que les altérations du muscle utérin sont à peu près nulles.

A la place de la muqueuse, il ne persiste plus en effet qu'une couche amorphe où on reconnait çà et là un mince réticulum fibrineux. Du reste, il y a dans l'épaisseur même de ce coagulum qui forme bordure de petits lacs sanguins. Les globules rouges, libres ou agglomérés, sont plus abondants dans les parties profondes de cette couche que dans sa périphérie.

Toute la muqueuse a disparu, car on ne retrouve plus traces ni de l'épithélium, ni des glandes, ni même du chorion, dont les gros éléments cellulaires sont habituellement reconnaissables dans la matrice.

Du tissu conjonctif assez serré, en petites nappes ou en faisceaux, avec quelques vaisseaux, voilà tout ce que l'on trouve au-dessous de ce qui a remplacé la muqueuse.

Quant aux éléments musculaires, ils ont conservé leur fasciculation normale. Le tissu conjonctif qui les entoure est parfois un peu abondant sans présenter toutefois les signes d'une prolifération de ses cellules fixes, comme elle existe au contraire dans les autres parties de la tumeur. Les couches les plus internes coupées perpendiculairement, les autres coupées pour la plupart obliquement, sont absolument distinctes, et sans aucune modification. Parmi les faisceaux les plus profonds, seulement, on remarque que quelques-uns se sont laissé envahir par le tissu conjonctif déjà abondant dans leur voisinage ; les fibrilles sont en effet dissociées dans ces faisceaux par du tissu fibreux évidemment adulte ; les noyaux des cellules musculaires, petits, déformés, devenus triangulaires, paraissent comme enserrés dans autant d'anneaux conjonctifs encore à l'état fibrillaire et sans caractères indiquant une prolifération active. C'est également dans les parties les plus profondes, celles qui vont se confondre avec la tumeur, que quelques vaisseaux présentent à leur périphérie certaines modifications

assez importantes, savoir : l'épaississement très considérable des tuniques moyenne et externe, et au niveau de la tunique adventice une néoformation conjonctive très intense à tendance excentrique. — Nous retrouverons plus tard cette même disposition dans différents points de la tumeur. Les autres vaisseaux, ceux qui sont immédiatement voisins des faisceaux musculaires, comme ceux qui occupent le centre des nappes conjonctives plus étendues, ne présentent rien de spécial.

En somme, il faut retenir de cette description sommaire, — à part la desquamation de la muqueuse, — deux choses importantes, savoir : l'absence de dégénérescence myomateuse, et l'existence d'une hyperplasie conjonctive à peine prononcée dans l'épaisseur de quelques faisceaux musculaires, un peu plus marquée dans leurs intervalles, et franchement accusée autour de certains vaisseaux.

B. — Dans diverses parties de la tumeur, dans l'utérus dégénéré, dans des points kystiques, etc... divers fragments ont été examinés. Tous, à quelque différence près, portant sur la plus ou moins grande abondance des divers éléments constitutifs, présentent à considérer semblablement groupés : 1° des vaisseaux abondants, 2° du tissu conjonctif adulte réuni en larges espaces ou partout disséminé sous forme de fibrilles, 3° du tissu conjonctif embryonnaire, parfois myxomateux, 4° des kystes.

1° Les vaisseaux existent partout avec une paroi propre ; ils sont très rares et très petits dans certains points de la tumeur, et en particulier dans les franges pédiculées que nous décrirons ultérieurement. Ailleurs, ils sont à la fois plus abondants et plus volumineux, comme dans certaines coupes voisines de parties fibreuses et kystiques où nous les décrirons plus spécialement. C'est là, en effet, qu'on peut constater que la prolifération conjonctive a son maximum de développement, et sans doute son point de départ, à la fois dans l'épaisseur des artères et en dehors d'elles, contre leur tunique adventice.

Dans les coupes en question, on remarque à un faible grossissement qu'il existe des lacunes, les unes vides, les autres remplies de sang, entre lesquelles se trouve une charpente fibro-conjonctive, à des degrés divers de développement. — Les lacunes vides, sont ou bien des kystes, ou bien des vaisseaux vides ; les lacunes pleines sont de grosses artères qui ont jusqu'à 1 millimètre de diamètre.

Ces vaisseaux, de même que ceux qui sont moins volumineux, sont remarquables par l'épaississement de leurs parois qui atteint plus du double du rayon ou même du diamètre de la lumière. Il en résulte

pour quelques-uns que cette lumière est déformée, plus ou moins festonnée ; mais beaucoup, vides ou non, conservent une forme normale. Cet épaississement paraît, toujours vu à un faible grossissement, être dû uniquement à l'existence de lamelles conjonctives excentriques, dont les cellules sont peu chargées en noyaux, et plus serrées vers la périphérie que vers la tunique interne ; on ne distingue pas tout d'abord les transformations survenues dans la couche moyenne, mais on reconnaît déjà que, en dehors de cet anneau fibreux circum-artériel, il existe une active prolifération de cellules conjonctives qui va en diminuant à mesure qu'on s'éloigne des vaisseaux. Ces cellules jeunes paraissent avoir une disposition radiée.

Avec un plus fort grossissement, on constate qu'il existe autour de chaque vaisseau un double foyer d'accroissement cellulaire : *a*) au niveau de la tunique moyenne ; *b*) en dehors de la tunique adventice. Entre les deux zones, se trouve précisément cet anneau de tissu lamelleux, densifié qui correspond sans doute à d'anciennes modifications de l'adventice, à moins qu'il ne soit le résultat, sous forme de tissu adulte, des transformations qui se passent en dedans et en dehors de lui.

a) Dans la tunique moyenne des artères c'est contre la lame élastique elle-même que sont disposés les nouveaux éléments conjonctifs qui ont une disposition spéciale : ils sont en effet orientés de manière à présenter leur plus grand diamètre dans le sens de la coupe : c'est à-dire qu'ils sont perpendiculaires à l'axe du vaisseau, et perpendiculaires aux couches concentriques qui forment les tuniques interne et externe.

De plus, ces cellules sont en général peu abondantes ; il n'est pas rare de les voir distantes les unes des autres ; elles sont alors munies de prolongements étoilés anastomosés entre eux.

b) Au niveau de la zone externe, le mode de disposition des cellules nouvelles est le suivant : on les voit pénétrer peu à peu les couches extérieures de l'anneau fibreux périvasculaire. Là elles sont d'abord confondues entre les lames de celui-ci, séparées encore par les prolongements entremêlés des cellules anciennes et volumineuses ; puis ces cloisons de séparation deviennent de plus en plus minces, jusqu'à former un faible réticulum fibrillaire, au sein duquel les cellules jeunes sont groupées. Et à ce moment, elles ont cessé d'être orientées concentriquement par rapport à l'axe des vaisseaux pour présenter la disposition radiée que nous avons ailleurs signalée. Il en résulte des formations fasciculées partant de la gaine externe des artères pour

s'étendre ailleurs dans le reste des coupes, et pour se mêler notamment aux formations voisines quand deux vaisseaux se trouvent très près l'un de l'autre.

A part ces vaisseaux volumineux dont nous venons de parler, les coupes contiennent de petits vaisseaux isolés dans du tissu conjonctif lâche, ou dans les cellules propres de la tumeur, et tous munis d'une paroi propre non modifiée ; autour de ces capillaires, ne paraît pas s'être groupé le travail de prolifération qui est pour les autres si remarquable.

Dans toutes les coupes provenant de fragments de la tumeur, de franges pédiculées, etc., il n'y a pas d'artérioles et les capillaires n'ont subi aucune modification ; l'endothélium notamment n'est le siège d'aucun travail de prolifération.

2° Du tissu conjonctif adulte existe un peu partout dans les coupes : nous avons déjà parlé de celui qui existe dans l'utérus et de celui qui entoure les plus grosses artères dans les points très vasculaires de la tumeur. Ailleurs, il est disposé en petites nappes uniformes, ou en traînées de fibrilles anastomotiques qui servent de substratum aux celulles qu'il nous reste à décrire.

3° Ces cellules sont mieux groupées dans les parties pédiculées de la tumeur : elles y sont également plus abondantes : c'est donc là que nous devons les étudier plus facilement.

En effet, sur une coupe portant sur toute l'étendue d'une frange pédiculée de la tumeur, on remarque que les fibrilles conjonctives sont peu abondantes, sauf au niveau de la portion rétrécie qui correspond au pédicule ; ailleurs elles disparaissent dans les masses de cellules qui remplissent la presque totalité des coupes, le reste étant occupé par des îlots de tissu conjonctif où les cellules sont clairsemées. Quelques points semblent myxomateux et se trouvent précisément dans le voisinage de ce tissu conjonctif. Il existe très peu de vaisseaux.

A un plus fort grossissement (7) on peut déjà voir que les amas cellulaires contiennent deux sortes d'éléments : les uns sont des cellules conjonctives avec un noyau segmenté ou allongé, des granulations chromatiques abondantes, et des prolongements protoplasmiques ramifiés et anastomosés ; ces cellules sont groupées, plus ou moins tassées, ou séparées par des mailles fibrillaires qui s'allongent avec elles dans le sens des faisceaux qu'elles forment. Les autres, beaucoup plus volumineuses que les précédentes, ont une disposition plus nettement fasciculée ; elles sont disposées sous forme de traînées, droites au contournées en tourbillons, qui ne contiennent pas plus de 25 à 40 de ces

éléments spéciaux. Ceux-ci semblent bien groupés sans interposition d'aucune substance intercellulaire, et ils ne contiennent ni lacunes, ni vaisseaux à parois propres.

Dans les grosses cellules en question, on peut reconnaître que le noyau a acquis des dimensions considérables. Généralement allongé, elliptique ou en bâtonnet, il a des extrémités arrondies avec un contour régulier, ou parfois un étranglement en son milieu. On trouve deux nucléoles le plus souvent, et dans certaines cellules des figures karyokinétiques bien dessinées. Ces divisions karyokinétiques mises en évidence à l'aide de la *thionine picriquée*, suivant le procédé technique de M. Sabrazès, existent dans des cellules isolées, ou bien, plus souvent, elles sont visibles à la fois dans plusieurs cellules juxtaposées.

Au delà du noyau on distingue une zone protoplasmique qui déborde ses deux extrémités, bien plus qu'elle n'entoure tout le noyau. Ce protoplasma s'effile sous forme d'un prolongement ou de prolongements ramifiés; et enfin on voit pour les cellules les plus espacées, ces prolongements s'unir les uns aux autres, en sorte que les cellules s'anastomosent entre elles.

Ce dernier caractère, s'il est suffisant ponr affirmer qu'on n'a pas affaire là à des cellules musculaires, permet de dire que, en dehors de ce qui reste de l'utérus, il n'y avait point trace d'éléments musculaires dans toute la tumeur, que ces éléments fussent à l'état embryonnaire ou à l'état de développement parfait.

4° Les formations kystiques sont disséminées dans toute la tumeur; elles sont assez nombreuses pour qu'on les rencontre dans presque toutes les coupes. Sur certaines préparations elles sont particulièrement abondantes, et à des degrés divers de développement.

Les plus petites ne sont en réalité que des lacunes contenues dans les masses assez serrées des cellules propres de la tumeur; elles sont vides. D'autres, un peu plus grandes, se trouvent au milieu de ces mêmes cellules, dans des points où elles sont moins serrées; ces kystes contiennent déjà des débris cellulaires, des filaments muqueux, etc., etc...

Les grands kystes existent là où le tissu est plus lâche; autour d'eux c'est un réticulum fibrillaire, ou du tissu myxomateux. Ils renferment abondamment: quelques cellules muqueuses, des noyaux dégénérés, des prolongements filamenteux, des débris granuleux et du mucus.

Les kystes grands ou petits ne sont pas tapissés intérieurement par

des cellules spéciales ; il faut les considérer comme des kystes muqueux. Quant aux petites lacunes, ce sont probablement des espaces lymphatiques.

III

A. — Et maintenant, nous souvenant de ce que nous avons dit, au début de ce travail, de la signification embryonnaire que l'on doit désormais donner aux groupements néoplasiques dans certaines tumeurs de l'utérus, nous devons nous demander quelle est dans le cas particulier leur origine ?

Les cellules musculaires de l'utérus, celles des vaisseaux, ou celles d'un myôme antérieurement développé ; les cellules conjonctives de l'utérus, celles des vaisseaux, celles d'un fibrome de date ancienne; les endothéliums lymphatiques enfin, et les endothéliums vasculaires sont autant d'éléments dont la prolifération et la transformation peuvent prétendre à la genèse du néoplasme.

Étant donné que nous n'avons pas trouvé de fibres musculaires dans la tumeur, nous pouvons déjà affirmer qu'il ne s'agit pas de la transformation embryonnaire d'un myôme préexistant, et qu'il ne s'agit pas davantage d'un myôme primitivement malin.

De même rien ne fait supposer qu'un fibrome ancien soit dans ses éléments propres le point de départ de la tumeur : il faudrait, pour qu'il en fût ainsi, trouver des vestiges de tissu conjonctif adulte partout répandus dans la masse néoplasique. Nous avons constaté au contraire que l'hyperplasie conjonctive était restreinte au voisinage de certains vaisseaux volumineux trop rapprochés de l'utérus encore sain pour ne pas lui appartenir.

C'est précisément dans le voisinage de ces vaisseaux utérins, et dans leur épaisseur même qu'il faut trouver le point de départ des éléments néoplasiques. Nous avons vu en effet que la tunique adventice de certaines artères ou artérioles était remplacée par un anneau fibreux en dehors et en dedans duquel se trouvaient les foyers les plus intenses de néoformation cellulaire.

Dans l'épaisseur même des artères, le processus n'est pas douteux, et le tissu conjonctif en fait tous les frais; mais en dehors d'elles, quelle part revient aux endothéliums lymphatiques? Nous ne saurions le dire. Mais en l'espèce cela importe peu, puisque les endothéliums et les cellules conjonctives ont en réalité même valeur morphologique (1).

Quant à faire jouer un rôle quelconque à l'endothélium vasculaire, on ne pourrait y songer d'après nos coupes où toujours le revêtement endo-vasculaire a été retrouvé sans aucune modification. Et c'est vainement que nous avons cherché quelque chose qui rappelât ce qu'a décrit Costes (2) d'après Pilliet : « Les formations sarcomateuses dans les fibromes débutent toujours par l'endothélium des vaisseaux. Elles s'infiltrent surtout par les pointes d'accroissement des capillaires entre les fibres musculaires et connectives qui disparaissent. Souvent les vaisseaux sont oblitérés par le sarcome lui-même. »

Par contre, nous nous rapprochons absolument de M. Costes, lorsque parlant du développement des fibromes, il dit que ce développement se fait « par néoformation de cellules embryonnaires dans l'adventice ».

B. — Pour servir de complément à l'étude de notre cas de « fibrome polykystique malin », nous avons voulu rechercher s'il existait dans les observations de « sarcomes » ou « fibrosarcomes » de l'utérus quelque autre exemple de tumeur villeuse végétante, kystique, rappelant par son aspect les môles hydatiformes.

Seul parmi les tumeurs à développement interstitiel, un fait de Terrillon (3) peut être rapproché de celui que nous avons observé.

« La tumeur, du poids de cinq kilos, était implantée sur le fond d'un utérus qui n'était pas augmenté de volume en même temps qu'elle s'infiltrait dans les ligaments larges. Elle repré-

(1) V. à ce sujet : CORNIL. *Arch. de méd. expér.*, 1897, I.

(2) COSTES. Th. Paris, 1894-95.

(3) TERRILLON. *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris, 1889, p. 667.

sentait une masse de végétations semblables à un chou-fleur ou à un lipome arborescent. La plupart de ces végétations étaient pédiculées et paraissaient constituées par une série de grains accolés les uns aux autres. Des filaments fibreux et vasculaires sillonnaient cette masse en tous sens et semblaient relier toutes ses parties les unes aux autres. La base de la tumeur du côté de l'utérus était épaisse, plus charnue, et les granulations y étaient plus compactes. Toute cette masse semblait entourée par une coque lisse et fibreuse, donnant par sa face interne naissance à ces végétations. »

Peut-être certains « sarcomes du col » dont parle Pozzi (1) auraient encore quelque analogie macroscopique avec notre tumeur et avec celle de Terrillon. Mais, plus vraisemblablement, ces tumeurs « en grappes » « friables, spongieuses, s'effritant sous forme de grains analogues à ceux d'un raisin muscat », doivent être rapprochées des formes végétantes du « sarcome de la muqueuse ».

Car le « sarcome de la muqueuse » est fréquemment constitué par d'énormes végétations ; mais celles-ci sont souvent ulcérées, elles se développent uniquement dans la cavité de l'utérus ; et diffluentes, mollasses, friables comme du frai de poisson, elles ne ressemblent en rien à ce que nous avons observé.

Nous pouvons donc considérer comme très exceptionnels, les caractères extérieurs de la tumeur que nous avons décrite.

Conclusions.

Pour résumer notre pensée sur les tumeurs malignes non épithéliales de l'utérus et sur le fait particulier que nous avons observé, nous dirons :

1° Il est nécessaire de préciser la nature histologique des tumeurs désignées sous le nom de *sarcomes*. La connaissance de leur histogénèse permettra de les considérer comme ne différant pas morphologiquement du tissu cicatriciel, dont il importera de leur donner le nom.

(1) Pozzi. *Tr. de gynécologie*, 1897, p. 410.

2° A ce point de vue, parmi les soi-disant sarcomes de l'utérus, les tumeurs dont l'origine peut être trouvée dans le tissu conjonctif ou dans le tissu musculaire, ne cessent pas d'être des fibromes ou des myômes.

Mais on doit accorder à ces néoplasmes, en raison de leur nature embryonnaire, les attributs de la malignité.

3° Dans le fait que nous avons observé, les éléments néoplasiques se sont développés autour des vaisseaux et dans leur épaisseur.

La fibre musculaire pas plus que l'endothélium vasculaire ne pouvant prétendre à leur genèse, le tissu conjonctif en reste donc la seule source : et caractérisant d'après lui la nature de la tumeur, nous devons la considérer comme un fibrome.

4° En tenant compte de sa malignité et de l'abondance des formations kystiques, nous l'avons désignée sous le nom de *fibrome polykystique malin.*

5° Au point de vue macroscopique, ce « fibrome polykystique malin » représente une véritable rareté ; car dans l'utérus, les tumeurs à développement interstitiel ne revêtent pas habituellement la forme végétante et diffuse.

BIBLIOGRAPHIE

Sarcomes, fibro-sarcomes ou fibromes malins de l'utérus.

ABEILLE. Op. d'un sarcome fasciculé de l'utérus. *Courrier méd.*, Paris, 1885, XXXV, 126-128. — ASLANIAN. Un cas intéressant de fibro-sarcome télangiectasique de l'utérus. *Marseille méd.*, 15 octobre 1894, XXXI, 585. — AUBRY. Th. Paris, 1895-96. — CASSAGNY. Régression du myôme. *Arch. de tocologie*, Paris, 1884, XI. — CHIBRET. Tumeur volumineuse de l'utérus (sarcome). *Bull. Soc. anat.*, Paris, 26 mai 1890. — COSTES. Th. Paris, 1894-95. (*Transformation du fibrome*). — DAVEZAC. Sarcome utérin. Métrorrhagies, *Soc. anat.*, Bordeaux, 5 avril 1881, et *Journ. méd. Bordeaux*, 1881-82, XI, 34. — GAYMANN. *Sarcome kystique en grappe*. Th. Paris, 1893-94. — JOLY. Mémoire sur un sarcome polypeux et squirrheux dans la matrice. *Journ. de méd. de chir. et pharm. de Paris*, 1766, XXV, p. 551. — LARGEAU. *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1889, p. 361. — LAURENT. Fibro-myômes et sarcomes utérins. *La Clinique* (de Bruxelles), 1894, VIII, 629, 635. — MACPHAIL. Sarcomes de l'utérus. *Amer. J. of obstetrics*, juillet 1896. — NICAISE. *Ann. de gynécologie*, Paris, 1881, XV, 437-444. — NIEBERGALL. Sarcome, carci-

nome, myôme et polype muqueux dans un même utérus. *Arch. f. Gynæk.*, 1895, L. 1. — OZENNE. Sarcome kystique en grappe de la muquense utérine. *Rev. d'obst. et gyn.*, Paris, 1894, X, 188, 193. — J. PAVIOT et L. BÉRARD. Du cancer musculaire lisse en général et de celui de l'utérus en particulier. *Arch. méd. expér. et an. path.*, 1897, nos 4 et 5. — PILLIET. Évolution sarcomateuse du fibrome. *Soc. anat.*, Paris, 5 janvier 1894. — POZZI. *Tr. gyn.*, 3e éd., p. 412 et 470. — RAYMOND. *Progrès méd.*, Paris, 1881, IX, 74. — ROGIVUE. *Sarcome de l'utérus.* Th. Zurich, 1876. — ROSAPELLY. *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1872. — TERRILLON. Sarcome du fond de l'utérus. *Bull. Soc. chir.* Paris, 1889, XV, 667. *Bull. gén. thérap.*, Paris, 1890, CXIX, 496. — TERRIER. *Acad. méd.*, 15 mars 1881. — TRÉPANT. Laparotomie et drainage pour fibro-sarcome de l'utérus. *Gaz. méd. de Picardie,* Amiens, 1894, XII, 117. — VIGNARD. Sarcome intrapariétal de l'utérus. *Bull. Soc. anat*, Paris, 1888, LXIII, 636. — VILLENEUVE. Fibro-sarcome de l'utérus. *Ann. de l'École de méd. et de ph. de Marseille*, 1892, p. 278.

SYMPHYSÉOTOMIE POUR EXCÈS DE VOLUME ET IRRÉDUCTIBILITÉ DE LA TÊTE FŒTALE

Par le Dr **Fieux**.

Le 14 juillet 1897 entrait à la clinique d'accouchements de Bordeaux une femme de 33 ans, Cécile D..., domestique, enceinte pour la 4e fois. Née de parents en bonne santé, elle nous dit tenir de sa mère qu'elle a marché de bonne heure sans pouvoir préciser davantage l'âge auquel elle a fait ses premiers pas.

La seule maladie dont elle ait le souvenir est une variole légère à l'âge de 8 ans. Réglée depuis 14 ans, les menstruations ont toujours été des plus régulières.

A 20 ans, première grossesse. Accouchement à terme terminé à la Maternité par une application de forceps au détroit inférieur qui amène une belle fille aujourd'hui âgée de 12 ans et bien portante.

A 23 ans, deuxième grossesse ; accouchement spontané à terme. Gros enfant du sexe féminin, mort à 6 mois, de diarrhée verte.

A 31 ans survient une troisième grossesse terminée au mois d'août 1895 à la Maternité par l'accouchement à terme d'un enfant du sexe féminin en présentation du siège. Extraction facile de la tête dernière. Poids 4,000 grammes. Diamètre bipariétal, 95 millimètres. Envoyé en nourrice, cet enfant meurt à l'âge de huit mois.

Cécile D... devient enceinte pour la quatrième fois au mois d'octobre 1896, les dernières règles s'étant montrées du 20 au 25. Vers le milieu du mois de mars 1897, perception des premiers mouvements actifs. La santé reste excellente et la grossesse continue à évoluer sans le moindre incident.

Le 14 juillet, à 2 heures du matin, les premières douleurs se font sentir. Elles deviennent plus fortes et plus rapprochées, si bien qu'à 6 heures du matin la femme se rend à la clinique d'accouchements.

Squelette absolument normal. Taille 1 m. 62. L'utérus dont le fond remonte à 37 centimètres au-dessus du pubis est complètement déjeté dans le flanc gauche. Le flanc droit est rempli par les anses intestinales distendues. Le palper est très difficile, vu l'inclinaison considérable de l'utérus et l'extrême fréquence des contractions. Pour la même raison, l'auscultation ne permet pas de délimiter bien nettement un foyer maximum. Les bruits du cœur un peu sourds battent 132 à la minute.

Le col effacé commence juste à se dilater. La poche des eaux, peu tendue dans l'intervalle des contractions, permet d'explorer la tête élevée, volumineuse et ossifiée à tel point qu'il est impossible même en cherchant avec attention de trouver nettement ses sutures et ses fontanelles. Cependant il nous semble reconnaître la petite fontanelle regardant du côté gauche du bassin. Le promontoire est difficilement accessible à 12 centimètres du sous-pubis. La symphyse mesure 45 millimètres de hauteur. Son épaisseur et son inclinaison sont sensiblement normales.

A 8 heures du matin, la dilatation est complète. Un externe du service rompt les membranes en ayant soin de fixer la tête et de modérer l'issue du liquide amniotique. La tête ne descend pas, et le segment inférieur reste flasque au-dessous d'elle. L'orifice n'est plus dilaté mais dilatable.

A 9 heures, les contractions s'affaiblissent. Infections vaginales chaudes prolongées et fréquentes. Les douleurs ne reparaissent que vers deux heures du soir. En raison de ses accouchements précédents et en particulier du dernier qui a donné naissance à un enfant de 4 kilogrammes, nous attendons l'engagement spontané sur lequel nous pouvons compter.

Néanmoins le volume et surtout l'irréductibilité de la tête, l'emploi du palper mensurateur qui tout en refoulant la tête vers l'excavation pelvienne, nous fait constater en avant de l'arc antérieur du bas-

sin une voussure assez appréciable de la bosse pariétale antérieure, tout cela nous donne à penser que l'agrandissement du bassin pourra être nécessaire. Les bruits du cœur sont bons. Tout est préparé pour la symphyséotomie.

A 3 heures, la tête est toujours solidement appuyée au détroit supérieur, mais non engagée.

A 3 h. 5, le forceps est mis en place, branche gauche première, puisque nous pensons avoir affaire à une position gauche. Pendant l'articulation des branches un peu de liquide amniotique teinté de méconium s'écoule. Les bruits du cœur se ralentissent, 106 à la minute, il faut se hâter. Immédiatement nous pratiquons la symphyséotomie qui est exécutée en huit minutes et sans incident. Le seul, bien petit il faut le dire, est que la symphyse n'a pas été tranchée d'un seul coup et que nous avons dû replacer notre conducteur pour, d'un second coup, sectionner quelques faisceaux périostiques postérieurs qui avaient échappé à notre premier coup de bistouri.

Hémorrhagie en nappe tout à fait insignifiante. Les aides laissent progressivement écarter de 5 cent. 5 et, avec une légère traction sur le forceps, la tête tombe dans l'excavation. Aussitôt les aides pressent sur les trochanters et les ailes iliaques, rapprochant les pubis. La tête arrive sur le plancher périnéal où nous lui faisons exécuter le mouvement de rotation. Celui-ci amène le front sous la symphyse pubienne. Nous avions donc affaire à une position droite. La tête se dégage ainsi en occipito-sacrée sans difficulté et sans effraction des parties molles maternelles.

L'enfant, du sexe masculin, pèse 3,730 grammes et mesure 52 centimètres. La tête, anormalement dure et ossifiée, mesure 105 millimètres dans son diamètre bipariétal.

C'est à peine si le doigt trouve une petite dépression comme une demi-lentille, représentant la fontanelle bregmatique.

Immédiatement après, délivrance artificielle. Suture exacte et serrée du manchon fibreux périsymphysien avec 3 solides catguts stérilisés n° 5. Trois points au crin de Florence comprenant la peau et l'épaisseur du tissu cellulo-aponévrotique. Quatre points cutanés. Pour tout pansement, occlusion de la plaie à la traumaticine. Tout est fini à 3 h. 35, c'est-à-dire en 30 minutes.

La femme est placée dans l'appareil à immobilisation de Tarnier modifié par Lefour. Les suites de couches sont très bonnes. A noter cependant une élévation de température les 3e et 4e jours, puis les 8e et

9e (38°,2 et 38°,4) coïncidant chaque fois avec une poussée d'entérite, diarrhée noire et fétide, selles glaireuses, ténesme. Deux purgations et le régime au lait et aux œufs suffisent à tout remettre dans l'ordre.

Le dixième jour la croûte protectrice de gutta-percha recouvrant la plaie pubienne est enlevée ainsi que les points de suture. La réunion est parfaite.

Le quatorzième jour la malade est laissée libre dans son lit. Elle se tourne en tous sens, s'assied sur son coussin.

Le quinzième, à huit heures du matin, nous l'autorisons à se lever. Au moment où elle met pied à terre, elle reste une minute étourdie, chancelante, mais ne ressent ni gêne ni douleur, soit au niveau du pubis, soit au niveau des symphyses sacro-iliaques.

Du reste, au bout de quelques minutes, elle marche sans le moindre appui. On lui donne ses vêtements et à partir de ce jour elle va et vient dans la salle, monte les escaliers, promène son enfant, et donne le coup de main aux infirmières pour le service du dortoir.

Le doigt, introduit dans le vagin pendant la marche, constate qu'il n'y a pas d'écartement sensible des 2 os. Le chevauchement, infime, n'est pas plus accusé que chez toute autre femme nouvellement accouchée.

Le 7 août, c'est-à-dire 23 jours après l'opération, Cécile D... quitte le service en excellente santé, avec son enfant dont le poids est alors de 4,190 grammes.

L'intérêt de cette observation réside en ce que l'agrandissement a dû porter sur un bassin de dimensions normales, qui, déjà, avait laissé passer sans difficulté un enfant de 4 kilogr.

On sait, en effet, qu'au Congrès de Moscou, M. Varnier, rapporteur de l'importante question de la symphyséotomie, émettait dans sa huitième conclusion la phrase suivante : « On ne saurait poser en principe que la symphyséotomie doive être réservée aux bassins viciés au sens absolu du mot. Elle doit être le mode de traitement de la dystocie, si meurtrière jusqu'à présent, causée par l'excès de volume dit physiologique du fœtus, ainsi que de certaines présentations vicieuses fixées dans des bassins normaux. »

Ceci est on ne peut plus logique et il va de soi que la même thérapeutique doive être appliquée aux bassins petits au-dessus desquels se présente une tête normale et aux bassins normaux,

mais relativement petits pour un fœtus de dimensions exagérées.

Souvent une femme chez laquelle on pensait, de par les dimensions du bassin, devoir terminer l'accouchement par une pelvitomie, accouchera seule et facilement. Mais souvent aussi des femmes qui en raison de leur bassin large et de l'histoire de leurs accouchements précédents, semblaient devoir toujours enfanter sans difficulté, pourront être un jour ou l'autre justifiables d'un agrandissement du bassin. En effet, si l'on connaît les dimensions du pelvis de la mère, on ne peut rien augurer, même approximativement, des dimensions et de l'irréductibilité de la tête de l'enfant à venir.

La femme dont nous venons de rapporter l'histoire avait, lors de son dernier accouchement, mis au monde un enfant de 4 kilogr. Le diamètre bipariétal mesurait seulement 95 millimètres, c'était une fille. Le garçon extrait après symphyséotomie ne pesait que 3,730 grammes, mais son diamètre bipariétal dépassait de 10 millimètres celui de son aînée.

De plus sa tête, anormalemenl ossifiée, était d'une irréductibilité étonnante.

Certes, le forceps qui eût essayé d'entraîner de force cette tête incapable de prêter et de se réduire, ne l'eût fait descendre qu'au prix d'une fracture ou d'un enfoncement. Il est à croire que le forceps doit être plus meurtrier pour l'enfant dans le cas où la dystocie provient de l'exagération du volume et en même temps de l'irréductibilité de la tête que dans ceux où elle est causée par une viciation pelvienne.

Pour franchir un anneau plus petit que lui, un corps susceptible de se réduire, pourra à la rigueur passer sans dommage ; un corps rigide n'y pourra arriver qu'au prix d'une cassure.

Cependant certains auteurs n'admettent la symphyséotomie, et encore avec combien de réticences, que lorsque les mensurations, aussi précises que possible, légitiment, par l'exiguïté des dimensions du bassin, l'opportunité de l'opération.

Ces auteurs semblent oublier que les dimensions de la tête fœtale et son irréductibilité jouent un rôle important dans le dé-

faut d'engagement. Or, ces deux qualités de la tête, peut-on les apprécier d'une façon mathématique comme ils le veulent faire pour le bassin ? Non, bien certainement.

On ne saurait trop le répéter avec M. Pinard et M. Varnier, la dystocie par excès de volume de la tête fœtale comporte la même indication que la dystocie par viciation pelvienne. Ce que l'accoucheur pourra et devra apprécier avant de prendre une détermination, et c'est là pratiquement le seul point à retenir, c'est qu'il y a disproportion entre le bassin et la tête fœtale.

Si l'évaluation toujours approximative de ces deux facteurs, et surtout du dernier, semble au début du travail plaider pour ou contre la probabilité de l'engagement spontané, le palper mensurateur fournira un pronostic bien plus certain encore ; mais ce ne sera que plus tard que la constatation du non-engagement spontané indiquera la marche à suivre, l'agrandissement du bassin.

Un petit point que nous désirons aussi souligner, c'est que chez notre malade, de même que chez nos deux dernières opérées, nous n'avons eu qu'à nous louer du pansement occlusif à la traumaticine de la plaie symphysienne.

Les lavages génitaux, injections, cathétérisme, peuvent se pratiquer sans tenir compte de la plaie qui est si bien isolée qu'elle est pour ainsi dire supprimée.

Pour ces divers soins on se trouve ainsi dans les mêmes conditions que chez une accouchée ordinaire.

Ce mode de pansement est une garantie contre divers petits incidents qui peuvent survenir pendant les suites de couches. Ainsi le troisième jour notre malade ayant la diarrhée, s'était souillée de façon telle que les matières fécales, remontant entre les cuisses, couvraient tout le pubis. Sous son voile vernissé, la plaie n'a reçu aucune atteinte septique ; les suites l'ont démontré. Un simple lavage à grande eau a réparé le mal.

Enfin on est véritablement étonné de la rapidité avec laquelle tout se répare lorsque l'opération est exécutée dans de bonnes conditions.

Au mois de mars dernier nous présentions à la Société de

gynécologie et d'obstétrique de Bordeaux, une de nos opérées précédentes, en parfait état, et marchant depuis le dix-septième jour. Tout en nous félicitant du résultat, on blâma notre imprudence. N'était-ce pas, par trop de hâte, compromettre une opération qui *forcément devait* nécessiter un repos plus prolongé? N'était-ce pas vouloir en forcer les résultats? L'observation que nous venons d'exposer est notre réponse ; notre dernière opérée s'est levée le quinzième jour et à partir de ce moment on eût dit qu'elle voulait rattraper ses quelques jours d'immobilité forcée. Sans fatigue et sans peine elle montait les escaliers, promenait son enfant, aidait au service de la salle.

Cette femme est revenue nous voir avec son enfant, le 20 août, c'est-à-dire 37 jours après l'opération et 22 jours après la reprise de la marche. Depuis sa sortie de l'hôpital elle a repris avec autant d'entrain qu'auparavant son métier de domestique.

Aucune trace du côté de la région pubienne, aucune mobilité anormale au niveau du pubis, pas le moindre trouble fonctionnel du côté de la locomotion, rien ne décèle l'opération qu'elle a subie et rien ne fait regretter de lui avoir permis de reprendre aussi tôt sa vie habituelle.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE PARIS

Séance du jeudi 11 *novembre et du jeudi* 9 *décembre* 1897.

MM. Tissier et Mercier. **Obstruction intestinale par volvulus chez un nouveau-né.** — Des phénomènes d'obstruction intestinale s'étant déclarés chez un enfant aussitôt après sa naissance, M. Tissier pratiqua un anus iliaque qui ne donna pas issue au méconium. A l'autopsie on s'aperçut que l'intestin présentait un volvulus siégeant en deux endroits de l'intestin grêle. L'examen microscopique fera peut-être connaître des lésions de l'intestin qui, en diminuant son calibre, ont favorisé sa torsion.

M. Pichevin présente un **kyste tubo-ovarique** qu'il a enlevé par la laparotomie chez une femme de 35 ans. Ce qui fait l'intérêt de cette

observation, c'est que la tumeur s'était enroulée autour des ligaments larges et à première vue y paraissait incluse.

M. F. Jouin. **Du traitement des métrites, et particulièrement de l'endométrite cervicale blennorrhagique par les applications locales d'essence de Wintergreen.** — L'auteur a traité la métrite et ses différentes complications, mais tout particulièrement l'endométrite cervicale blennorrhagique, en badigeonnant les régions malades avec l'essence de Wintergreen.

Grâce à la pénétration de l'agent thérapeutique, le gonocoque peut être atteint jusque dans les culs-de-sac glandulaires et la guérison des cas anciens et rebelles est obtenue sans l'intervention du bistouri (Schrœder).

M. Jouin a pu aussi, par ces applications locales d'essence de Wintergreen, faire pénétrer dans les trompes à travers l'utérus un excellent antiseptique, l'acide salicylique, et obtenir la guérison de vieilles salpingites. Il croit d'ailleurs à une action spécifique de l'agent thérapeutique.

Discussion. — M. Fournel s'élève contre cette généralisation de l'emploi de l'essence de Wintergreen au traitement des métrites. M. Petit est partisan de la glycérine créosotée qui lui a toujours paru préférable à tout autre topique. M. Doléris dit qu'avant de déclarer l'essence de Wintergreen supérieure aux autres antiseptiques, il eût été rationnel d'étudier son action *in vitro* et d'observer si ce médicament arrête le développement des microbes plus rapidement que les autres corps employés jusqu'ici avec succès. — M. Jouin. Les expériences de MM. Linossier et Lannois démontrent que l'essence de Wintergreen a une action pénétrante qui lui permet d'atteindre les microbes jusque dans la profondeur des tissus. Son emploi réussit dans le traitement du rhumatisme et surtout du rhumatisme blennorrhagique. Le Dr Duquaire, de Lyon, a aussi obtenu d'excellents résultats en se servant de cet agent dans l'uréthrite chez l'homme. Il était donc logique de l'employer dans la cervicite blennorrhagique. Les résultats heureux sont venus confirmer cette tentative. Cela ne diminue en rien la valeur de la créosote, ni ne rétrécit le champ de la chirurgie dans le traitement des cols sclérokystiques.

M. Gheorghiu. **Galactophorite double généralisée.** — Il s'agit d'une nourrice de 29 ans, qui neuf mois après le début de son allaitement présenta une double galactophorite sans cause connue. Le pus extrait

des canaux galactophores contenait des streptocoques. Au bout de 7 jours, le pus ayant disparu des seins, la malade reprit son service et depuis, la sécrétion mammaire est normale.

Discussion. — M. JOUIN a vu, avec M. Porak, une jeune femme dont l'accouchement avait été des plus réguliers. A la suite d'une émotion vive et de préoccupations pessimistes de l'accouchée, celle-ci fut prise d'un frisson intense. La température monta à 39° et la sécrétion lactée fit place à une sécrétion purulente. Malgré l'évacuation du pus suivant la méthode de M. Budin, la température continua à monter et l'état général s'aggrava à un tel point que, sur le conseil de M. Porak, je fis appeler M. Richelot qui pratiqua l'amputation des deux seins transformés en véritables éponges purulentes. La malade succomba. — M. PORAK. En dehors des seins, nous n'avions trouvé chez cette malade aucune cause pouvant expliquer les accidents infectieux. Mais il s'agissait bien d'une infection puerpérale de la pire espèce. De ce que nous n'ayons pas trouvé la porte d'entrée à l'utérus, il ne s'ensuit pas qu'elle faisait certainement défaut.

A propos de l'arrestation d'un médecin accusé d'homicide par imprudence. — Sur la proposition de M. Doléris, la Société décide de nommer une commission composée de MM. Porak, Doléris, Poitou-Duplessis et Lutaud, chargée de présenter aux pouvoirs publics un projet destiné à modifier la loi de la prévention concernant les médecins.

ANASTASIADÈS a appliqué, dans le service de M. Porak, la phonendoscopie au diagnostic obstétrical. Les résultats sont très nets. La position à donner à la femme est différente dans le cas où on veut seulement délimiter l'utérus et dans celui où on veut préciser la situation du fœtus. A l'aide d'un crayon dermographique on peut tracer sur l'abdomen de la femme les zones de vibrations enregistrées par le phonendoscope et en prendre ensuite le décalque. L'auteur présente, à l'appui de sa communication, les décalques obtenus et les explique. Par ce procédé on pourra établir le diagnostic des principales variétés ou anomalies de l'utérus gravide et de la situation du fœtus.

M. Porak confirme les résultats présentés par l'auteur. C'est un nouveau moyen d'investigation. Il exigera de l'opérateur de l'exercice et une certaine habileté.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG (1)

Hymen imperforé, hématocolpos et hématomètre partiel.

O. V. Prokofiewa. — La malade, âgée de 16 ans 1/2, se plaint depuis un an et demi de douleurs périodiques, de rétention d'urine, de constipation et voit se développer une tumeur hypogastrique. Le diagnostic de la rétention du sang menstruel n'offre pas de difficulté ; l'incision de l'hymen permet d'évacuer deux litres de sang, après quoi on constate que la cavité qui contenait ce liquide était formée non seulement par le vagin, mais aussi par la portion vaginale du col complètement effacée; l'utérus et les annexes étaient très rudimentaires et l'involution des parties distendues se fit très lentement.

Des kystes des ligaments ronds.

K. J. Ulesko-Stroganowa. — Un kyste du ligament rond, gros comme le poing, a été enlevé chez une femme de 53 ans, au cours d'une laparotomie pour fibro-myôme utérin et kyste de l'ovaire. Le kyste du ligament rond était uniloculaire, à contenu limpide comme celui d'un kyste parovarien; la paroi du kyste contenait des fibres et des faisceaux de fibres musculaires, et la surface interne présentait par places un épithélium cylindrique bien conservé, haut, muni de cils vibratiles ; à l'état normal la structure du ligament rond ne comporte pas d'épithélium et sa présence ne peut s'expliquer que par un vice de développement, des cellules du corps de Wolff s'étant égarées dans le ligament rond.

Un cas de hernie diaphragmatique.

J. L. Dolinski. — Une femme bien portante donne naissance à une fillette cyanosée, que les moyens ordinaires n'arrivent pas à faire respirer; le cœur bat à droite ; l'autopsie montre l'absence de la moitié gauche du diaphragme, le déplacement du cœur à droite, tandis que les viscères abdominaux occupent la cage thoracique en comprimant le poumon gauche sous forme d'une très petite masse solide.

N. I. Starvinski rappelle à ce propos le cas d'un enfant qu'il avait vu il y a bien des années. Le nouveau-né portait une énorme hernie ombilicale et lorsque, deux ou trois jours après la naissance, la membrane amniotique se fut mortifiée, il y eut prolapsus de divers vis-

(1) D'après le *Wratch*, 1897, p. 1162 et p. 1343.

cères, dont le cœur; la réduction était possible, mais ne se maintenait pas ; le malheureux enfant vécut trois jours.

L'obstétrique et la gynécologie au XIIe congrès international.

N. M. KAKONCHKINE. — Les conclusions de l'auteur sont les suivantes: *a*) le congrès n'a appris rien de nouveau; *b*) les étrangers ont montré qu'ils connaissaient fort peu la littérature russe ; *c*) il n'a pas été dit un mot de russe aux séances quoique la majorité des assistants ait été russe ; il faudrait dans l'intérêt de cette majorité imprimer les rapports en deux langues.

Prof. OTT. — Il est certain que ce congrès n'a rien appris de nouveau en gynécologie, comme d'ailleurs ceux de Genève et de Bruxelles; néanmoins les congrès ont du bon en faisant bien connaître le degré de développement de telle ou telle autre spécialité dans les divers pays. Ainsi il y a 18 à 20 ans la gynécologie n'existait pas en Russie ; il fallait aller à l'étranger pour apprendre les opérations et les indications opératoires. Les Allemands ont été nos maîtres et nous avons bientôt appris ce qu'il fallait imiter; la gynécologie devint chez nous rapidement une branche scientifique indépendante, tandis qu'en France elle restait une annexe tantôt d'une spécialité, tantôt d'une autre. Dans ces derniers temps le développement de l'obstétrique et de la gynécologie a fait de grands progrès en Russie, mais nous continuons à regarder de bas en haut nos voisins occidentaux en vertu de la modestie et de l'excessive gratitude qui nous sont propres ; nous admirons trop ce qu'ils font en dépréciant trop ce que l'on fait chez nous. Des hommes portant de grands noms (Olshausen, Küstner, Martin, etc.) nous ont parlé de choses que nous connaissons depuis 4 à 5 ans. Olshausen, par exemple, craint encore l'incision du placenta dans l'opération césarienne et nous prévient des dangers de la ligature élastique au point de vue de l'asphyxie du fœtus; il ignore évidemment le travail du professeur Stolipinski sur ce sujet. A Berlin les hernies post-laparotomiques sont de 30 p. 100; chez nous de 3 p. 100. Doyen, dont la technique géniale a fait beaucoup de bruit à Moscou, ne peut se vanter de ses résultats de beaucoup inférieurs aux nôtres, etc. Remarquons aussi que beaucoup d'opérations, telles que la vagino-fixation, la colpotomie, etc., actuellement déjà en défaveur en Europe, ne se sont même pas acclimatées chez nous. Bref les derniers congrès nous apprennent que loin d'être en arrière de nos voisins, nous sommes au contraire en certains points en avance sur eux. C'est bien

naturel d'ailleurs puisque nous connaissons leur langue et leurs travaux, tandis qu'ils ne connaissent pas et souvent ne veulent pas connaître les nôtres.

V. G. Bekmann présente 2 préparations de **missed abortion.**

Dans un cas la rétention a duré quatre mois et l'expulsion a eu lieu une huitaine de jours avant le terme de la grossesse ; l'autre cas répond à une grossesse de sept mois avec également sept mois de rétention. La première femme était bien portante, la seconde syphilitique.

L'auteur rapporte l'histoire de deux **métrites disséquantes.**

a) Primipare de 23 ans, infectée pendant l'accouchement, morte le 6e jour. L'autopsie montre une péritonite purulente, une endométrite disséquante, avec un espace sphacélé grand comme une pièce de 5 francs et qui se détache pendant l'examen en laissant une perforation.

b) Primipare de 29 ans, infectée au cours de l'accouchement qui a été terminé par une basiotripsie. Le 26e jour l'utérus expulse un lambeau de sa paroi long de 13 centim., triangulaire, large à sa base de 9 centim. 5 ; le lendemain une autre eschare, de 4 centim., est éliminée et à partir de ce moment la fièvre tombe et la malade guérit rapidement.

Enfin l'auteur présente sept préparations de **trompes gravides** ; toutes les opérées guérirent. L'opération a toujours été faite par la voie abdominale. Le professeur Ott critique cette méthode opératoire et préconise la voie vaginale.

V. J. Cheloumoff rapporte vingt observations **d'ablation des annexes par la voie vaginale** faites par le professeur Ott.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE KIEFF (1)

De la colpopoesis par une méthode nouvelle.

Prof. Rein. — Diverses tentatives d'établissement d'un vagin artificiel ont été faites à la clinique depuis cinq ans et l'on compte actuellement sept observations plus ou moins satisfaisantes. Une opérée (mariée), présentée à la société, avait une absence totale de vagin avec un utérus rudimentaire. Elle a été opérée il y a huit mois

(1) D'après le *Wratch*, 1897, p. 1342.

et possède actuellement un vagin pour ainsi dire normal. Il y a trois problèmes à résoudre dans ces opérations : former la cavité, la tapisser d'épithélium et conserver ses dimensions.

Le premier problème ne présente plus de difficultés, ce temps de l'opération est parfaitement réglé et on établit en dix ou quinze minutes un cul-de-sac de 10 à 11 centim. de profondeur. Le revêtement épithélial a été constitué en prenant deux lambeaux de peau sur la région fessière avoisinante et deux autres sur la face interne des grandes lèvres ; les premiers de 10 centim. sur 2,5 furent fixés à la paroi inférieure, les lambeaux muqueux de 2 centim. sur 2 centim. à la paroi supérieure du vagin artificiel à l'aide de sutures à la soie ; il faut tendre à recouvrir toute la surface cruentée, car on ne doit pas compter sur une extension spontanée de la couche épithéliale. Enfin le troisième problème a été résolu par l'introduction et le port continu d'une sphère en verre soufflé de 5 centim. de diamètre que l'opérée place et retire à volonté à l'aide d'un cordon fixé dans un canal central de la sphère. Le fonctionnement du vagin artificiel ne laisse rien à désirer. NAGEOTTE-WILBOUSCHEVITCH.

REVUE DES PÉRIODIQUES RUSSES

1° *Journal d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Pétersbourg.*

Du traitement des déchirures du périnée, des hernies de la ligne blanche.

OTT. — Une plus ou moins grande déchirure du périnée existe presque toujours au moment de la sortie de la tête de l'enfant. S'il n'y a pas de trace externe de déchirure, il existe toujours une déchirure des muscles sous la peau, d'où affaiblissement du périnée, du vagin et du fond du bassin en général.

A ces lésions sous-cutanées on ne fait pas attention, d'où facilité du prolapsus de l'utérus et du vagin. Ott conseille une incision prophylactique. Traitement des déchirures anciennes.

Traitement de la hernie blanche à la suite des laparotomies — suture musculo-aponévrotique — qu'il emploie depuis 1892. — 300 laparotomies. A suivi les malades plus ou moins longtemps après

l'opération. 2 seulement ont une hernie de la ligne blanche; la cicatrisation s'est accompagnée d'une petite suppuration. La date de l'opération : depuis 7 mois jusqu'à 5 ans.

Rapport entre la fonction utéro-ovarienne, les phénomènes menstruels et la ménopause dans l'organisme de la femme.

JEDOROV. — Les ovaires ont la destination de préparer non seulement les ovules, mais de sécréter un élément chimique, prenant une part active dans les échanges nutritifs.

La preuve en est dans l'amélioration sous l'influence du traitement par le suc ovarien des phénomènes de la ménopause naturelle et accidentelle. Pepel, Reprev et Curatulo ont établi une déviation dans les échanges nutritifs après l'ablation de l'utérus.

L'auteur a supposé que la sécrétion utérine devait se trouver dans le sang menstruel.

Il a fait des expériences sur des cobayes pour observer l'influence du sang menstruel sur le système vasculaire.

Le suc ovarien augmente la pression artérielle et diminue l'activité cardiaque, la substance retirée de la muqueuse utérine, du sang menstruel et des glandes mammaires provoque la diminution de la pression et l'augmentation de l'activité cardiaque.

L'auteur se demande si l'élévation de la tension artérielle avant les règles et sa chute au moment n'indiquerait-elle pas l'influence de la substance tantôt ovarienne, tantôt utérine sur l'organisme de la femme.

L'élévation de la tension artérielle observée de 7 à 15 jours avant les règles, correspond au maximum de l'activité des ovaires et par conséquent le maximum de production et d'entrée dans le sang de la sécrétion interne de ces derniers.

La chute de la tension artérielle survenant 2 à 7 jours avant les règles correspond au maximum d'activité de l'utérus, c'est-à-dire à la formation de la decidua menstrualis.

Les travaux de Batzevitch sur la pression artérielle des femmes enceintes, en couches et à l'état puerpéral confirment les idées de l'auteur.

D'après Batzevitch : 1° à partir de 34 jours avant l'accouchement, la pression artérielle augmente progressivement, 2° les premiers jours après l'accouchement la tension artérielle est plus élevée que pendant la grossesse, 3° la moyenne de la tension artérielle pendant la grossesse

l'allaitement et après est au-dessus de la moyenne de tension chez les femmes en général. A la fin de la grossesse l'utérus perd ses glandes, la fonction de l'ovaire se trouve de cette façon élevée, par conséquent celles de la tension artérielle.

Un cas de néoformation kystique de la petite lèvre.

JACOBSON. — Malade âgée de 16 ans, vierge, jamais de pertes blanches.

Les premières règles à 14 ans.

Depuis 2 ans, la malade a commencé à être gênée de la présence de la tumeur, qui grossissait lentement, 6 centimètres de long, 4 centimètres de large, élastique et fluctuante.

Après l'opération, l'analyse du liquide séreux du kyste n'a pas été faite.

L'examen microscopique de la paroi de la tumeur, montre trois couches : couche externe de tissu conjonctif et la couche interne aussi de tissu conjonctif, mais la disposition des fibres est plus compacte, beaucoup de cellules jeunes. Entre les 2 dernières couches, espaces lymphatiques dilatés, couverts d'endothélium.

Supposition de la formation du kyste : ou par suite de la présence anormale d'une glande ou un espace lymphatique. La 1re hypothèse peu probable, la seconde très probable.

Cancroïde du clitoris et du tiers supérieur de la face interne des grandes lèvres.

LIPINSKY. — Le cancer des organes génitaux externes de la femme est rare. On le rencontre chez les femmes entre 40 et 60 ans.

Il y a quelques observations où l'on a vu le cancer chez des toutes jeunes femmes. St-Germain (1) a opéré une fillette de 5 ans, Arnott (2) une jeune fille de vingt ans.

D'après Gönner (3), sur 100 femmes atteintes d'épithélioma des organes génitaux on en voit 5 atteintes d'épithélioma des organes génitaux externes ; d'après Gurtl, 1 sur 100, d'après Virchow, 1 sur 40.

Depuis 14 ans le Dr Lipinsky, directeur de l'Institut obstétrical de Mohilev, n'a vu, sur 2,253 femmes, que 12 cas de cancers génitaux, dont un seul des organes génitaux externes.

---

(1) MAUREL. *De l'épithélium vulvaire primitif.* Th. de Paris, 1888.

(2) *Trans. of the path. Soc. Londres*, 1876, t. XXIV, p. 157.

(3) GÖNNER. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1882, t. VIII, Hft.

Il s'agissait d'une malade âgée de 60 ans, entrée à l'Institut le 22 décembre 1895, se plaignant de douleurs dans les parties génitales externes, ressenties depuis 1 an. Réglée à 15 ans, toujours régulièrement, sans douleurs. Règles d'une abondance moyenne, d'une durée de 3 à 4 jours. Mariée depuis 40 ans, 11 accouchements à terme, le dernier il y a 18 ans. Ménopause depuis 3 ans.

État général assez bon. Un peu de bronchite généralisée, légère oppression, pas d'autres modifications.

Sur les organes génitaux externes, pas de traces de petites lèvres (état congénital), les grandes lèvres sont en contact à la partie inférieure, mais en haut, elles sont écartées et laissent voir le clitoris, en forme d'un mamelon de peau sans frein ni prépuce et absence de gland entre elles.

A la partie supérieure de ce clitoris mal conformé, on voit une saillie nettement limitée, dont la surface est ulcérée, de couleur framboise et parsemée de petits points blancs.

Au-dessous du clitoris, sur le tiers supérieur de la surface interne des grandes lèvres, 2 papilles semblables ayant même surface, de 1 centim. de diamètre, de forme plus ou moins ronde et séparées l'une de l'autre par un sillon peu profond, peu mobiles, leur base n'est pas très indurée. La sécrétion des surfaces ulcérées est rare, muco-purulente. La muqueuse des parties voisines est blanche, couleur de cire, parsemée de points rouges sous forme d'ecchymoses. La muqueuse de la surface interne des grandes lèvres a, jusqu'à un certain degré, un aspect marbré par suite de la disparition de pigments dans certains endroits. La muqueuse vaginale est aussi pâle, mais saine, l'utérus atrophié. Les ganglions inguinaux des deux côtés sont infiltrés, quelques-uns atteignent le volume d'une grosse amande en coque.

Éliminant la nature syphilitique de l'affection, l'auteur a conclu à un néoplasme cancéreux, et pour confirmer son diagnostic, il a enlevé une portion du néoplasme et l'a donnée pour l'examen microscopique au Dr Remisov, lequel a fait la description de la préparation à une séance de la Société de médecine de Mohilev.

La coupe a été faite de façon à avoir la partie centrale et périphérique de la tumeur. Sur les parties périphériques voisines de la tumeur, l'épithélium pavimenteux est normal et plat ; au-dessous le chorion infiltré faiblement par des éléments granuleux.

Les parties périphériques de la tumeur présentent un épithélium plat, de revêtement très épaissi ; la couche la plus profonde des cellules

(stratum germinativum) contient une grande quantité de cellules en voie de segmentation (abondance de figures karyokinétiques).

Dans la partie centrale de la tumeur pas de revêtement épithélial, mais à sa place, on voit de la surface à la profondeur de la peau des portions séparées du tissu épithélial de formes différentes, séparées l'une de l'autre par un peu de tissu conjonctif.

Les cellules de ces portions, d'une ressemblance générale avec l'épiderme normal, n'ont pas les mêmes dimensions et aspects, les cellules périphériques plus petites et se colorant plus fortement par le carmin ; on rencontre ici des cellules en segmentation.

En approchant du centre de la portion, les cellules deviennent plus grandes et plus claires. Enfin, au centre, les cellules ne se colorent plus, plates, cornées, concentriquement disposées l'une sur l'autre (lobes épidermiques). Le tissu conjonctif sous-jacent très infiltré d'éléments granuleux envoie en haut des tractus de tissu conjonctif entre les portions épithéliales séparées (déjà indiqués).

D'après la description de la pièce cancroïde.

Le 21 février 1896, excision de la surface supérieure des grandes lèvres et du mont de Vénus jusqu'à l'entrée du vagin. Suture à la soie ; le 7e jour cicatrisation par première intention. Vu l'état de faiblesse de la malade, l'extirpation des ganglions a été remise au 28 mars. L'extirpation a été faite d'après le procédé de Rupprecht (1) des deux côtés. A l'examen microscopique les ganglions étaient aussi atteints par la dégénérescence cancéreuse. Le 15 mai 1896, la malade a quitté l'hôpital guérie. Depuis, pas de récidive.

Traitement opératoire de l'utérus cancéreux.

GUBAREV. — Il est très difficile d'enlever le tissu conjonctif de la base des ligaments larges, la plupart des opérateurs le laissent et pourtant il s'infiltre beaucoup plus facilement que le corps de l'utérus qui est généralement extirpé totalement dans le cancer du col utérin.

De cette façon les résultats sont peu satisfaisants, à peine supérieurs à la haute amputation du col ; il n'y a que dans le cancer du corps de l'utérus que l'extirpation, l'hystérectomie vaginale donne des résultats très satisfaisants.

Quand l'épithélioma atteint la partie vaginale du col utérin la laparotomie seule peut montrer quels sont les tissus à enlever et par conséquent c'est l'opération de choix.

---

(1) RUPPRECHT. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. VII.

Colpotomie postérieure dans les inflammations et néoformations des annexes de l'utérus.

Lvoff a remarqué que les adhérences des annexes malades avec les parties voisines sont d'autant plus faibles, qu'elles sont situées plus profondément dans l'espace de Douglas, et que les annexes sont déplacées plus bas et par conséquent, plus accessibles par la voie vaginale; l'auteur a fait le 10 février 1891 la première colpotomie postérieure; en tout 122 opérations.

Contribution à l'étude de l'anatomie et de la thérapeutique de la grossesse extra-utérine.

Maslovsky. — Grossesse tubaire de deux mois, avortement tubaire, hémorrhagie interne excessivement abondante, collapsus, sortie de la caduque utérine en totalité. Injections de solution physiologique de chlorure de sodium.

La caduque utérine présentait une forme triangulaire aux angles arrondis.

La surface extérieure inégale, couverte de place en place d'un sang coagulé. A l'endroit du fond de l'utérus, deux petites saillies en forme de kystes, de la grosseur d'un pois, à pédicule très court et mince. Trois petits orifices, dont l'un répondant à l'orifice interne est plus grand que les deux autres, répondent aux orifices des trompes.

La couleur de la caduque est d'un rouge vif, par endroits d'un rouge foncé, les formations kystiques sont plus pâles, la longueur est de 6 centimètres, la largeur au niveau des orifices des trompes est de 4 centim. 5, l'épaisseur 0,8 à 1 centimètre.

La surface antérieure est unie, divisée par des sillons tantôt superficiels, tantôt profonds, en portions de forme irrégulière. La direction des sillons pour la plupart, est longitudinale ou oblique. On voit sur la surface de nombreux petits orifices. Pas de villosités, ni d'autres parties de l'œuf (macroscopiquement).

L'examen des coupes au petit grossissement a montré que le tissu est formé de deux couches : une couche interne avec une grande quantité de vaisseaux sanguins et une couche externe glandulaire, présentant des cavités de formes différentes.

A un plus fort grossissement, l'épithélium paraît très changé, disposé en petites îles, peu colorées; ses cellules ont une forme cubique; dans certains endroits, ces cellules sont aplaties et ressemblent à l'endothélium.

Au niveau du fond de l'utérus, les canaux excréteurs des glandes avaient la même forme que les cellules; dans d'autres préparations les canaux n'étaient même pas couverts d'épithélium.

Le stroma de la couche interne est formé de cellules déciduales, de dimensions moindres que dans des placentas à terme et de formes différentes avec une grande quantité de protoplasma et avec des grands noyaux ovales.

Entre les cellules disposées à une certaine distance les unes des autres se trouve une substance intercellulaire, quelquefois homogène, dans laquelle sont dispersées les cellules rondes du tissu conjonctif. Les cellules déciduales ne sont pas granulées, le protoplasma est légèrement rosé et le noyau présente une coloration bleu pâle.

Les vaisseaux de cette couche cellulaire sont très abondants, près de la surface on voit un réseau épais de capillaires, disposés parallèlement à la surface ; leur paroi n'est constituée que d'un endothélium. Les capillaires sont remplis de globules rouges. En outre, on y rencontre des vaisseaux artériels, ayant perdu déjà une partie de leurs membranes.

Dans la partie profonde on voit des cavités sans aucune enveloppe, entourées directement de tissu décidual, qui est aussi pénétré en partie par des globules rouges et en partie par des masses fibrineuses.

Le tissu de la couche externe se distingue de celui de la couche interne, ses cellules sont plus petites, leur forme est plutôt fusiforme. Les vaisseaux sont des artères et des veines. La forme des glandes est très variable.

On rencontrait rarement la section des glandes rappelant celle des glandes de l'utérus non gravide, mais la plupart présentait une forme de cavités allongées. Les petites cavités sont couvertes d'une seule couche d'épithélium cubique, les autres présentent une prolifération de l'épithélium glandulaire.

Les cellules de ces cavités présentent des modifications dégénératives mal colorées, leur contour et celui des noyaux ne sont pas bien dessinés.

Outre ces cavités l'auteur a trouvé de grandes cavités avec un épithélium exfolié sur toute son étendue, et remplissant leur lumière. La forme prépondérante des cellules est la forme cubique.

L'examen des coupes des petits kystes a montré que leur paroi est formée d'un tissu cellulaire de la couche externe, on y rencontre des cavités glandulaires à une seule couche d'épithélium cubique.

La surface interne de ces kystes est presque dépourvue de l'enveloppe épithéliale, on y voit 2 à 3 cellules de forme cubique se colorant mal, à contour vague.

Ainsi, d'après l'examen microscopique, la muqueuse utérine sous l'influence de la grossesse extra-utérine présentait toutes les propriétés de la caduque utérine. *(A suivre.)* **RECHTSAMER.**

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Alföldi. Einiges über Sexualerkrankungen der Mädchen. *Wiener mediz. Presse*, 1897, nº 44, p. 1384. — **Banga.** Digital examination of the uterine cavity for diagnostic purposes. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, novembre 1897, p. 540. — **Bouilly.** Des poussées congestives intermenstruelles. *Semaine gynécol.*, 16 novembre 1897. — **Brault** et **Rouger.** Fausses tumeurs de l'abdomen. *Presse médicale*, Paris, 11 décembre 1897, p. 369. — **Charles A. White.** The relation of sexe to mentality. *Med. Record,* novembre 1897, p. 661. — **Chavannaz.** Cloisonnement du vagin chez deux femmes âgées atteintes de prolapsus utérin. *Gaz. hebd. des sciences médicales de Bordeaux*, 10 octobre 1897, p. 485. — **Ciechanowski.** Ein Fall von Achsendrehung des Uterus. *Deutsch. med. Woch.*, nº 27, 1897, p. 435. — **Day (J. A.).** A case of chylous ascites. *Medical News*, N.-Y., 9 octobre 1897, p. 469. — **Davis (Byron B.).** Imperfections in intra-abdominal diagnosis. *Med. Rec.* N.-Y., 1896, II, 510. — **Disselhorst.** *Die accessorische Geshlechtsdrüsen der Wirbelthiere m. Berücks. des Menschen.* Wiesbaden, 1897. — **Egbert Grandin.** The surgical treatment of the puerperal septic diseases. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, novembre 1897, p. 532. — **Frederick.** Which is the preferable operative method of holding the uterus in position. *Annals of gynecology and pædiatry.* Boston, octobre 1897, vol. XI, p. 38. — **Géza v. Nagy.** Heilung einer die Bauchwund druchdringenden Verwundung mit Verletzung des Dickdarmes per primam intentionem. *Cent. f. die Gesammte Therapie*, novembre 1897, p. 657. — **Godart (Jos.).** Les névroses du sexe féminin; leurs rapports avec les troubles des organes génitaux. *La Policlinique.* Bruxelles, 15 décembre 1897, p. 497. — **Hammerschlag.** Die Lage des Eierstocks. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. XXXVII, Hft. 3, p. 462. — **Hughes.** The sequelæ of dead ligatures and sutures. *The American Journal of Obstetrics.* New-York, octobre 1897, p. 453. — **Menge** et **Krönig.** *Bakteriologie des weiblichen Genitalkanales.* Leipzig, 1897; Georgi. — **Neisser.** *Stereoscopischer medicinischer Atlas* (Carcinoma tubœ, Dermoïd des Ovariums, Condylome der Vulva, cervicalpolypen etc.), Cassel, G. Fischer. — **Oscar Beuttner.** Ueber ein eigenthümliches Verhalten des Uterus beim Einführen von Instrumenten, *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 42, p. 1271. — **Oskar Schaeffer.** Ueber Sitz

und Ursprung des Kreuzwehes und des « Afterschmerz » (Pseudococcygodynie). *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 41, p. 1249. — **Peck**. Fifty two cases illustrating my personal experience with the medical and surgical treatment of appendicites. *The American Journal of Obstetrics*. New-York, octobre 1897, p. 530. — **Petit** (**A.**). Sur le rein dans la ménopause. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 1897, p. 1447. — **Pichevin**. Appendice et organes génitaux de la femme. *Semaine gynécologique*, 16 novembre 1897. — **Pichevin**. De la musculature intrinsèque de l'utérus. *Semaine gynécologique*, 9 novembre 1897. — **Pichevin**. Infection généralisée par le gonocoque. *Semaine gynécologique*, 1897, p. 390. — **Price** (**J.**). Post-operative lesions and sequelæ, their extent, character, and how to deal with them. *American Journal of Obstetrics*. New-York, octobre 1897, 465. — **Querneau** (**A.**). *De l'éventration consécutive à la grossesse*. Thèse de Paris, 1897-98, n° 42. — **Rendu** et **Hallé** (**J.**). Infection gonoccocique généralisée. *Semaine gynécologique*, 1897, p. 385. — **Rosenwasser**. Post-climateric conditions that simulate advanced uterine cancer. *Annals of gynecology and pædiatry*. Boston, octobre 1897, vol. XI, p. 31. — **Ross** (**W.**). Gonorrhœa and its control. *Annals of gyn. a. pæd.*, novembre 1897, p. 93. — **Ross** (**F.**). Surgery and facts. *The American Journal of Obstetrics*. New-York, octobre 1897, p. 433. — **Senn**. The treatment of suppurating fistulous tracts. *Annals of gynecology and pædiatry*. Boston, décembre 1897, vol. XI, p. 183. — **Sherwood-Dunn**. Conservation of the ovary. *Annals of gyn. a. pæd.*, novembre 1897, p. 81. — **Siredey** (**A.**). La neurasthénie utérine. *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, 15 novembre 1897, p. 852. — **Stone**. Enteroptosis as a clinical factor in the diseases of women. *The Boston med. a surg. Journal*, 30 septembre 1897, vol. CXXXVII, p. 332. — **Streit**. Opium als baktericides Mittel. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 46, p. 1369. — **Veit**. *Handbuch der Gynäkologie* (collaboration de : Fritsch, Viertel, Döderlein, Gebhard, Schaeffer, Olshausen), Wiesbaden, 1897, F. Bergmann. — **Werder**. Tonic and spasmodic intestinal contraction, with report of cases. *Annals of gynecology and pædiatry*. Boston, octobre 1897, vol. XI, p. 1. — **Wotkyns Seymour**. Two cases of intestinal obstruction. *Am. J. of Obst.*, novembre 1897, 689.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Johnstone** (**Arthur W.**). Discussion on the use of pessary. *Gaillard's medic. Journal*. N.-Y., octobre 1897, p. 199. — **Karl Reinecke**. Untersuchungs — und Massagesofa, gleichzeitig verstellbar als Untersuchungstisch resp. Untersuchungstuhl für das ärtzliche Sprechezimmer. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 43, p. 1297. — **Ludwig Kleinwächter**. Die Organotherapie in der Gynäkologie. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. XXXVII, Hft, 3, p. 367. — **Macnaughton-Jones**. Asepsis and antisepsis in gynæcologie. *Brit. gyn. J.*, novembre 1897, p. 338. — **Simons** (**E. M.**). Ueber mechanische Intrauterintherapie. *Deutsch. med. Woch.*, 1897, p. 828.

VULVE ET VAGIN. — **Coues** (**W. P.**). A case of diphtheria of the vulva *The Boston med. a. surg. J.*, novembre 1897, p. 470. — **Ferraresi** I setti trasversali della vagina. *Annali di Ost. e. Ginec.*, 1897, n° 10, p. 772. — **Havas** (**A.**). Ulcera tuberculotica introitus vaginæ. *Centr. f. die Krankheiter der Harn und Sexual Organe*. Leipzig 1897, p. 661. — **Kunzig**. *Ueber das Hamatom der Vulva u. der Vagina*, Tubingen.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Chrzanowski.** Inversio uteri totalis. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 42, p. 1268. — **De Ott.** Contribution aux principes dans le choix des méthodes de la réfection du plancher pelvien et de la paroi abdominale. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 16 octobre 1897. — **Goldspohn.** The fate of ovaries in connection with retroversion and retroflexion of the uterus. *The American Journal of Obstetrics.* New-York, octobre 1897, p. 439. — **Freudenberg.** Zur Behandlung der Retroflexio-uteri. *Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 30, 1897, p. 479 (suite), n° 31, 1897, p. 497. — **Goldspohn.** Why are retroversion and retroversio-flexion of the uterus per se pathological during the menstrual life of the human female? *Annals of gynecologie and pædiatry.* Boston, décembre 1897, vol. XI, p. 174. — **Hayd.** Some observations upon ventral fixation. *Annals of gynecology and pædiatry.* Boston, octobre 1897, vol XI, p. 27. — **Hildebrandt.** Beitrag zur Ventrofixation des Uterus. *Deut. med. Woch.*, 1897, p. 804, n° 50. — **Hohl.** Bericht über 60 Vaginofixationen des Uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. LIV, Hft. 3, p. 615. — **Kaan (Geo. W.).** Ventro-fixation, with a report of two operations on the same case. *The Boston med. and surg. J.*, 14 octobre 1897, p. 393. — **Legueu.** Des fistules recto-périnéales. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, 10 octobre 1897. — **Lynch.** Inversion of the uterus. *Annals of gyn. a. pæd.*, novembre 1897, p. 134. — **Lapthorn Smith.** A discussion on the palliative and radical treatment of uterine flexions and displacemens. *British med. J.*, octobre 1897, p. 1151. — **Mackey (W. A.).** Inversion of the uterus. *Brit. gyn. J.*, 15 novembre 1897, p. 354. — **Mackenzie Duncan.** Relaxation of the pœrineum. *Edinb. med. J.*, novembre 1897, p. 481. — **Otto Küstner.** Die funktionelle Bedeutung der individualiserinden. Prokto-Perineoplastik. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 43, p. 1289. — **Pozzi.** Des indications du traitement opératoire dans les rétro-déviations de l'utérus. *Revue de gyn. et de chirurgie abdominale*, 1897, n° 3, p. 387. — **Sava.** Un caso d'inversione cronica dell'utero. *Archivio di Ostetricia e. Ginecologia.* 1897, fig. 537. — **Treub (R.).** The mechanism of inversion of the uterus. *Brit. gyn. J.*, novembre 1897, p. 304. — **William Gardner.** A case of procidentia uteri with numerous vesical calculi. *British med. J.*, octobre 1897, p. 1141. — **Wilmer Krusen.** Treatment of uterine prolapse with illustrative cases. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, novembre 1897, p. 553.

MÉTRITES; ULCÉRATIONS, ETC. — **Barone (A.).** Sterilita muliebre e stenosi del canale cervicale in rapporto, specie, colla incisione bilaterale alla Sims. *Archivio di Ostetricia e Gynecologia*, 1897, t. IV, p. 641. — **Boije.** *Zur Ætiologie u. Natur d. chronischen Endometritis.* Berlin, 1897. — **Edward.** The treatment of puerperal endometritis by the Carona method. *Annals of gynecology and pædiatry.* Boston, octobre 1897, vol. XI, p. 24. — **Keith (Skene).** Treatment of dysmenorrhœa. *Brit. gyn. J.*, novembre 1897, p. 326. — **Lippe.** Obliteration of the cervix uteri. *British med. J.*, octobre 1897, p. 1142. — **Maxwell.** Senile irritable uterus. *The American. Journal of Obstetrics.* New-York, octobre 1897, p. 510. — **Mönckeberg.** Tratiamento de las hemorragias uterina. *La Union medica*, Santiago, 1897, p. 392. — **O'Dovan (Charles).** The use of manganese in the treatment of dysmenorrhea; with report of cases. *Medical News*, 1897, II, 679. — **Oldag.** Fremdkörper in Uterus. *Deutsch. med. Woch.*, n° 23, 1897, p. 362. — **Rouffart.**

Fistule métroperitonéale avec invagination épiploïque. Castration abdominale totale. Guérison. *Bull. de la Soc. belge de gynécologie et d'obstétrique*. Bruxelles, 1897, p. 110. — **Rouffart**. Laparo-hystérectomie dans les affections septiques de l'utérus. Pièces anatomiques. *Bull. de la Soc. belge de gynécologie et d'obstétrique*. Bruxelles, 1897, p. 101. — **Vetere**. Sulla metrorragia infantile. Sua etiologia e cura chirurgica. *Archivio di Ost. e Ginec.*, octobre 1897, p. 602.— **Wladimir Ilkewitsch**. Ueber die Behandlung von Endometritis mit Milchsäure. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 43, p. 1294.

TUMEURS UTÉRINES. HYSTÉRECTOMIE. — **Anderson (Winslow)**. The treatment of uterine tumours. *Pacific medical Journal*, San-Francisco, octobre 1897, p. 593. — **Beck**. *E. Fall. v. Schleimhautsarcom des Uterusfundus*. Tubingen, 1897. — **Cittadini**. Convient-il d'intervenir par cœliotomie abdominale dans l'hystérectomie pour cancer du col? *Bull. de la Soc. belge de gynécol. et d'obstétrique*. Bruxelles, 1897, p. 88. — **Cullen (Thomas S.)**. Adenomyoma uteri diffusum benignum. *The John Hopkins hospital Reports*, Baltimore, 1897, t. VI, p. 133. — **Dickinson Berry**. On some points in connexion with carcinoma uteri. *The Lancet*, novembre 1897, p. 1301. — **Eiermann**. Der gegenwärtige Stand d. Lehre vom Deciduoma malignum m. besondere Berücksicht. d. Diagnose u. Therapie. *Samml. zwangl. Abhand. aus d. Gebiete der Frauenheilk. u. Geb.* Halle, 1897. — **Emil Ries**. Eine neue Operationsmethode des Uteruscarcinoms. Zweitor Beitrag. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. XXXVII, Hft. 3, p. 518. — **Fisker**. Cancer of the Uterus and the General Practitioner. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, novembre 1897, p. 563. — **Francesco-Villa**. Su due casi di isterectomia vaginale. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*, Milan, décembre 1897, p. 901. — **Franklin H. Martin**. A. further review of the treatment of fibroid tumours of the uterus by vaginal ligation of the base of the broad ligament. *British med. J.*, octobre 1897, p. 1141. — **Gebbard**. Ueber das sog. « Syncytioma maligunm ». *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. XXXVII, Hft. 3, p. 480. — **Ill (Edward J.)**. The change of life and the diagnosis of carcinoma uteri. *Medic. Record*, N.-Y., 1897, II, 509. — **Jacobs**. De l'ablation utéro-annexielle par la voie abdominale. *Annales de la Société belge de chirurgie*, 1897, t. V, p. 190. — **Jacobs**. Modification et expulsion d'un énorme fibrome utérin à 78 ans. Guérison. *Semaine gynécologique*, 26 octobre 1897. — **Kottmann**. Beitrag zur Lehre von den Fibromyomen gestützt auf Beobachtungen von 416. Krankengeschichten. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. LIV, Hft. 3, p. 583. — **Le Dentu**. Pronostic de l'hystérectomie vaginale dans le cas de cancer. *La Semaine gynécologique*, 1897, p. 393. — **Luigi Negri**. Sull' albuminuria nei tumori uterini, e nei tumori ovarici. *Annali di Ostetricia e Gynecologia*, Milan, novembre 1897, p. 829. — **Noto**. Due rari casi di fibromi interstiziali emorragici dell collo e della porzione dell' istmo corrispondente. *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, 1897, p. 540. — **Pauchet**. Hystérectomie vaginale à l'aide de ligatures. *La Semaine gynécologique*, 1897, p. 395. — **Pichevin**. Accidents et complications de l'hystérectomie vaginale. *La Semaine gynécologique*, 1897, p. 377. — **Pick (Ludwig)**. Von der gut u. bösartig metastasirenden Blasenmole. *Berl. klin. Woch.*, 8 décembre 1897, p. 1069 et 1097. — **Reckmann**. Beitrag zur Vagi–

nalen totalexstirpation des Carcinomatosen schwangeren Uterus. *Centr. f. Gyn.*, 27 novembre 1897, p. 1388. — **Rufus B. Hall.** Sequelæ of supra-vaginal hysterectomy. *Annals of gynecology and pædiatry*, Boston, octobre 1897, vol. XI, p. 58. — **Rufus Hall.** Some of the sequelæ following supra-vaginal-hysterectomy. *The American Journal of Obstetrics*, New-York, octobre 1897, p. 447.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES. AFFECTIONS NON-NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES, DÉPLACEMENTS DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Auché et Chavannaz.** Recherches expérimentales sur les infections péritonéales. *Gazette hebdomadaire des sciences médicales*, Bordeaux, 5 décembre 1897, p. 577. — **Augustus P. Clarke.** Pelvic inflammation: its cause and relations. *Annals of gyn. a. pæd.*, novembre 1897, p. 119. — **Bodenstein (O.).** Zur Existenz und Therapie der chronischen Vaginalgonorrhoe. *Deutsche med. Woch.*, 1897, p. 669 — **Hegar.** Tuberkulose der Tuben und des Beckenbauchfells. *Deutsche med. Woch.*, 1897, p. 713. — **Chauncy Puzey.** A case of acute generale suppurative peritonitis treated by laparotomy. Recovery. *Lancet*, 27 novembre 1897, n° 3874, p. 1385. — **Chavannaz.** Kyste hydatique du muscle transverse. Oophoro-salpingite double. Foyer caséeux dans la corne utérine. Pourriture d'hôpital post-opératoire. Guérison. *Gaz. hebd. des sc. méd.*, Bordeaux, 1897, n° 47, p. 555. — **Cullingworth.** Pyosalpinx with multiple abscesses of the ovary. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1897, vol. XXXIX, p. 47. — **Bruno Wolff.** Ueber Adenomähnliche Wucherungen der Tubenschleimhaut bei Tubentuberculose. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. VI, Hft. 5, p. 497. — **Fenwick.** A case of ruptured pyosalpinx closely simulating perforation of the appendix. Necropsy. *Lancet*, 27 novembre 1897, n° 3874, p. 1385. — **Frank.** Hysterectomy, is it justifiable in septic diseases of the appendages. *Annals of gynecology and pædiatry*, Boston, décembre 1897, vol. XI, p. 319. — **Fernand Henrotin.** The operation of Choice in septic pelvic disease, with especial reference to the early vaginal incision. *British med. J.*, octobre 1897, p. 1159. — **Kern.** *Beitrag z. operativen Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen*. Breslau, 1897. — **Laure.** Doppia piosalpingo ovariectomia. *Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, p. 513. — **Max Westphal.** Zur Heilung der peritoneal tuberkulose vermittels Leibschnitt. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 41, p. 1245. — **Mainzer.** 200 vaginale Radicaloperationen wegen chronisch eitriger und entzündlicher Adnexerkrankungen, nebst Untersuchungen ueber die Dauererfolge der vaginalen Radicaloperation. *Arch. f. Gyn.*, 1897, Bd. LIV, Hft. 3, p. 421. — **Munde (P.-F.).** Pelvic Abscesse *Am. J. of Obst.*, novembre 1897, p. 609. — **Newman (H.-P.).** Pelvic disease without local symptoms. *Annals of gyn. a. pæd.*, novembre 1897, p. 126. — **Schottlaender.** *Ueber Eierstockstuberculose*. Iéna, 1897. — **Thomas Oliver.** A case of hæmatosalpinx. *The Lancet*, novembre 1897, p. 1317. — **Thiébaut.** Abcès du ligament large de l'ovaire: hystérectomie abdominale. *Bull. de la Société belge de gynéc. et d'obstétrique*. Bruxelles, 1897, p. 117. — **Tissot.** De l'incision simple suivie de drainage dans les suppurations pelviennes chez la femme. *Le Dauphiné médical*, p. 201. — **Winckel.** Ueber die chirurgische Behandlung der von der weiblichen Genitalien ausgehenden Bauchfellentzundung. *Sammlung klinische Verträge*. Leipzig, 1897.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE ET DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS ; OVARIOTOMIE. — **Alban Doran.** Fibroma of the ovary; impaction; ascite, removal. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1897, vol. XXXIX, p. 37. — **Bracklov.** *Ovarialtumor bei Uterus duplex.* Könisberg, 1897. — **Elwert.** *Ueber e. Fall of Ovariotomie bei papillärem Kystom m. Adhäsionen.* Tubingen. — **Emil Ries.** Ueber das Verhalten des Tubenstumpfes nach Salpingektomie. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 28, p. 901. — **Geyl.** Betrachtungen üb. die Genese der sogenannten Ovarialdermoïde m. Besug zu Vaginalteratom. *Samml. klin. Vorträge.* N. F., nº 190. — **Henry C. Coe.** The clinical importance of impacted and adherent pelvic tumors. *Medical News*, octobre 1897, p. 549. — **Herzog (Ludwig).** Beitrag zu den Eierstockgeschwülsten im kindlichen Alter. *Berl. klin. Woch.*, 1897, p. 1114. — **Hubert Roberts.** A case of fibroma of the ovary undergoing calcareous degeneration. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1897, vol, XXXIX, p. 8. — **James Mc Cowe.** Clinical notes of a case of ovariotomy during pregnancy and of a case of congenital absence of the rectum. *Am. J. of Obst.*, novembre 1897, p. 693. — **Karl Heil.** Beitrag z. Chemie der Parovarialcysten. *Cent. f. Gyn.*, 1896, nº 46, p. 1366. — **W. A. Meredith.** Death after ovariotomy with remarks on the value of flushing without subsequent drainage of the peritoneal cavity. *The Lancet*, 1897, nº 3849, p. 1534. — **Resinello.** Significato clinico dei versamenti pleurici nei tumori dell' ovaio. *Annali di Ost. e. Gin.*, 1897, nº 10, p. 721. — **Riehm.** *E. Fall v. Fibrosarkom des Ovariums.* Tubingen. — **Stouffs.** Kystes de l'ovaire papillomateux; opération, guérison. *Bulletin de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique.* Bruxelles, 1897, p. 85. — **William John Gow.** Some notes on ovarian tumours, with a first series fifty ovariotomie. *The Lancet*, novembre, 1897, p. 1177.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Dorsett.** Tubal pregnancy operation; recovery. *Annals of gynecology and pædiatry.* Boston, octobre 1897, vol. XI, p. 44. — **Worrall (Ralph).** Cases of ectopic gestation treated by abdominal section. *Brit. gyn. J.*, novembre 1897, nº 358.

ORGANES URINAIRES. — **Buchstab.** Das elastische Gewebe in der Eileitern der Frauen in normalen und pathologische Zustande. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 28, p. 896. — **Douglas.** Cysts of urachus. *The American Journal of Obstetrics.* New-York, octobre 1897, p. 472. — **Eastman.** Diagnosis by inspection of in the urinary tract. *Annals of gynecology and pædiatry.* Boston, décembre 1897, vol. XI, p. 235. — **Edw. Reynolds.** Some cases of urethral polypus. *The Boston med. a. surg. J.* 1897, nº 18, p. 443. — **Faugouin (A.).** *Contribution à l'étude de la rétention d'urine d'origine nerveuse chez la femme.* Th. de Paris, 1897-1898, nº 33. — **Frœlich.** Deux cas de restauration de l'urèthre chez la femme, procédé nouveau. *La Presse médicale*, 1897, nº 92, p. 285. — **Mikule.** *E. Beirage z. Chirurgie der Ureterverletzungen*, 1897, Breslau. — **Pasteau.** Etude sur le rétrécissement de l'urèthre chez la femme. *Ann. des mal. des org. génito-urin.*, 1897, p. 968 et 1062. — **Peters (H.).** Die Urniere in ihrer Beziehung zur Gynæk. *Samml. klin. Vorträge*, 1897, nº 195. — **Petit (P.).** Les rapports pelviens des uretères chez la femme. *Gazette médic. de Paris*, novembre 1897, p. 533. — **Wohlgement (H.).** Zur Pathologie und Therapie des Prolapses der weiblicher Urethra. *Deutsch med. Woch.*, 1897, p. 717.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Anna M. Fullerton.** A clinical study of two unique cases of abdominal section. *Amer. Gyn. and Obst. Journ.*, décembre 1897, p. 656. — **Blume.** Dynamic ileus following operations involving the abdominal cavity, with remarks on adynamic ileus. *Annals of gynecology and pædiatry*. Boston, octobre 1897, vol. XI, p. 11. — **Kreisch.** Ueber die an derselben person widerholte laparotomie. *Deutsch. med. Woch.*, nº 50, 1897, p. 796. — **Macpherson Lawril.** Thirty-two consecutive abdominal section with thirty recoveries, performed with last seventeen months. *British. med. J.*, novembre 1897, p. 1490. — **Malcolm.** Twenty cases in which an abdominal section has been performed a second time. *The Lancet*, Londres, 16 octobre 1897, p. 970.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Ersiléo Ferroni.** Il parto podalico. *Annali di Ostetricia e Ginecologia*. Milan, décembre 1897, p. 865. — **Griffith.** On breech presentation with extended Legs. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1897, vol. XXXIX, p. 13. — **Karbaum.** *Klinische Beiträge z. Frage der Mechanismus der Nachgeburtsperiode*. Breslau, 1897. — **Mortagne (H.).** *De l'accouchement méthodiquement rapide*. Th. Paris 1897, nº 43. — **Motta.** Zur Lehre der Hinterscheitelbeineinstellung. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. LIV, Hft. 3, p. 506. — **Otto Burckhardt.** Zur Technik der Placentarlösung. Beitrag zum aseptischen Verfahren bei geburtshilflichen Operationen. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 45, p. 1345. — **Schaper.** Face presentation. *Annals of gynecology and pædiatry*. Boston, octobre 1897, vol. XI, p. 44. — **Spyra.** *Ein Beitrag z. Frage der Behandlung v. Gesichts u. Stirnlagen*. Breslau, 1897.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALES. — **Rabl.** *Die ersten Wachsthumerscheinungen in den Eiern v. Saugethieren* Wein, 1897. — **Schenk.** *Ueber die Aufnahme d. Nahrungsdotter während des Embryonallebens*. Wien, 1897. — **Webster.** The changes in the uterine mucosa during pregnancy and in the attached fœtal structure. *The Am. gyn., a. obst. J.*, novembre 1897, p. 547.

GROSSESSE. — **Alfred Steda.** Ueber Anæmia splenica in der Schwangerschaff. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 44, p. 1313. — **Eden (Thomas Watts).** The diagnosis of early pregnancy. *Amer. J. of Med. Sc.*, 1897, II, 687. — **Léopold.** *Uterus u. Kind von der s. Woche der Schwangerschaft bis z. Beginn der Geburt u. der Aufbau der Placenta* (*Geburtshülflich anat. Atlas*). Leipzig, 1897. — **Wright** Toxemia of pregnancy. *The American Journal of Obstetrics*. New-York, octobre, 1897, p. 456.

DYSTOCIE. — **Fieux.** Kyste dermoïde de l'ovaire cause de dystocie. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1897, p. 506. — **Jacobs.** Fibrome utérin et grossesse. *Bull. de la Société belge de gynécologie et d'obstétrique*. Bruxelles, 1897, p. 87. — **John Campbell.** Labour complicated by abnormalities of the cervix uteri and vagina. *British. med. J.*, octobre 1897, p. 1139. — **Mayo-Robson.** Two cases in which Porro's operation was performed for impacted pelvic tumours preventing delivery. *British. med. J.*, octobre 1897, p. 1140. — **Rühl.** *Die Anatomie u. Behandlung der Geburtsstorungen nach Antefixirung des Uterus*. Berlin, 1897. — **Targett.** Ruptured gestation in an imperfect uterin

horn. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1897, vol. XXXIX, p. 46. — **Trovati**. Tre casi die utero gravido, retroverso, incarcerato. *Pammatone*. Gênes, 1897, I, p. 3. — **Vedin** (**Augusta**). A case of acquired atresia of the vagina, complicated with pregnancy. *Medic. Record*. N.-Y., 2 octobre 1897, p. 480.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Cordier**. Extra-uterine pregnancy *Annals of gynecology and pediatry*. Boston, décembre 1897, vol. XI, p. 196. — **Spörlin**. Ein fall von Extra-uterin-Schwangerschaft im 8 Monat mit lebendem Kind. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 42, p. 1265. — **Cullen** (**Thomas**) et **Wilkins** (**G.-L.**). Pregnancy in a rudimentary uterine horn, rupture, death, probable migration of ovum and spermatozoa. *The John Hopkins Hospital Reports*. Baltimore, 1897, t. VI, p. 153.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Chauvenet** (**J.**). *Contribution à l'étude de l'allaitement artificiel*. Thèse, Paris, 1897, n° 44. — **Dubois**. *Les « gros enfants » au point de vue obstétrical*. Th. Paris, 1897, n° 519. — **Friedman**. *Eine Frucht m. Spina bifida u. mehreren anderen Missbildungen*. Königsberg, 1897. — **Gardener**. Note on an unusual attachment of the funis. *The Lancet*, novembre 1897, p. 1315. — **Lyons** (**J. A.**). Imperforate anus. *Am. J. of Obst.*, novembre 1897, p. 703. — **Lyons** (**J. A.**). Incubators and Milk. *Am. J. of Obst.*, novembre 1897, p. 696. — **Mackenzie** (**John**). Notes on a case of asphyxia neonatorum in which the heart coutinued to beat for more than four hours without the respiratory function having acted. *Lancet*, 23 octobre 1897, p. 1045. — **Noble Smith**. Congenital dislocation of the hipjoint. *British. med. J.*, novembre 1897, p. 1324. — **Oswald Feis**. Neuere Arbeiten über die Erkrankungen der ersten Lebenstage, *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. VI, Hft. 4, p. 380. — **Rudolph Matas**. The surgical treatment of congenital ano-rectal imperforation, consideration in the light of modern operative procedures, etc. *Am. J. of Obst.*, novembre 1897, p. 628. — **Thorne**. Congenital absence of ovaries and tubes. *Pacific med. Journ.* San-Francisco, novembre 1897, vol. XL, p. 673.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Clémens**. Ueber Embryotomie mit dem Sichelmesser von B. Schultz. *Cent f. Gyn.*, 1897, n° 41. p. 1241. — **David Barrow**. A case of the Porro operation; recovery of mother and child. *Am. J. of Obst.*, novembre 1897, p. 677. — **Gördes**. Conservativer Kaiserschnitt (Mutter und Kind lebend). *Deutsch med. Woch.*, n° 29, 1897, p. 468. — **Johannowsky**. Ueber die verschiedenen Uterusschnittmethoden bei der Konservativen Sectio Cæsarea. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, octobre 1897, p. 354. — **Leonardo Gigli**. Embriotomie col filo decapitazione. *Annali di Ostetricia e Ginecologica*. Milan, décembre 1897, p. 913.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Aurégan**. *De l'hydrorrhée déciduale*. Th. de Paris, 1897-98, n° 50. — **Audebert**. Rougeole et grossesse. *Gaz. hebdomadaire des Sciences méd.*, Bordeaux, 1897, n° 44, p. 519. — **Belin**. *De la mort subite par inhibition dans l'avortement criminel*. Th. Paris, 1897, n° 40. — **Borgnis**. *Ueb. Uterus-Rupturen*. Heidelberg, 1897. — **Bumm**. Zur Kenntnis des Eintagsfiebers im Wochenbett. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 45, p. 1337. — **Dobbin**. Bemerkungen zu den

Arbeiten von Schnell, Wendeler und Goebel, « Ueber einen Fall von Gasblasen im Blute einer nach Tympania uterus Gestorbenen Puerpera ». *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. VI, Hft 4, p. 375. — **Eden (W.).** On spurious abortion, with an account of three cases. *British med. J.*, novembre 1897, p. 1488. — **Ehrendorfer**. Ueber einen seltenen Fall von ungewöhnlich starken Darmblutungen kurz vor der Geburt bei gleichzeitiger Schwangerschaftsnephritis. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. VI, Hft. 4, p. 369. — **Frank M. Willcox.** A case of tedious labour followed by double phlegmasia alba dolens and gangrene. *The Lancet*, novembre 1897, p. 1188. — **Frey (E.).** Zur Kasuistik des Kaiserschnitte mit Kastration bei Osteomalaccie. *Cent. f. Gyn.*, 1897, n° 46, p. 1361. — **Gardener (William Fredk).** A case of puerperal eclampsia successfully treated by chloral and bromide of potassium with inhalation of chloroform. *Lancet*, 9 octobre 1897, II, 915. — **Garrigues.** The treatment of abortion. *Med. News*, novembre 1897, p. 589. — **Hlawacek.** Ueber Complication von Schwangerschaft und Geburt mit eitrigen Entzündungen des weiblichen Genitales und benachbarte Organe. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. VI, Hft. 4, p. 327. — **Henry Ehrlich.** A case of septic pyelitis following cystitis as a complication of the puerperium. *The Boston med. a. surg. J.*, octobre 1897, p. 444. — **Jacob (P.).** Ueber einen geheilten Fäll von Tetanus puerperalis nebst Bemerkungen über das Tetanusgift, *Deutsch. med. Woch.*, n° 24, 1897, p. 383. — **Jewett (Ch.).** The med. treatment of puerperal infection. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, novembre 1897, p. 521. — **Jurinka.** Zwei Fall von Uterusruptur wahrend der Geburt. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. VI, p. 489. —**Kime.** The present status of puerperal infection. *Annals of gyn. a. pæd.* novembre 1897, p. 107. — **Klien (R.).** Zur Lehre von den malignen Tumoren des Chorion-epithels. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, VI, 568. — **Knapp.** Geschichtliche Bemerkungen über Bedeutung und Aetiologie des vorzeitigen Abganges von Meconium. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, Bd. LIV, Hft. 3, p. 570. — **Knauer.** *Ueber puerperale Psychosen.* Berlin, 1897.— **Kossmann.** Ueber die Abort. Behandlung. *Samml. klin. Vorträge* (Dr Stadelmann). Berlin, 1897. — **Latzko.** Beiträge zur Diagnose und Therapie der Osteomalacie, *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, VI, 571. — **Longyear.** Puerperal diphteria. *The American Journal of Obstetrics*, octobre 1897, p. 489. — **Malcolm Mc Lean.** Some remarks on the use of the hand in obstetrics. *Americ. gyn. and obst. Journ.*, octobre 1897, p. 650. — **Maridort.** *Placenta prævia.* Thèse de Paris, 1897, n° 13. — **Max Bonorden.** Ein Fall von Strangulation des austregagenen Kindes. Tympania uteri und Entleerung eines Echinokokkussackes durch den puerperalen Uterus. Genesung. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. VI, Hft. 5, p. 513. — **Milton Duff.** The source of puerperal sepsis. *The American Journal of Obstetrics.* New-York, octobre 1897, p. 483. — **Morel,** *Ruptures et perforations de la paroi postérieure du vagin pendant l'accouchement.* Th. de Paris, 1897-98, n° 35. — **Niebergall.** Ueber Placentargeschwülts. *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. VI, Hft. 5, p. 475. — **Paulo Macedonio.** Patogenesi e cura della osteomalacia. *Archivio di Ost. e Ginec.*, octobre 1897, p. 577. — **Pick.** *Drei Fälle v. malignen tumoren des Chorionepithels.* Breslau, 1897. — **Rissmann (G.).** Die Initialsymptome der Osteomalacie *Monatssch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, VI, 609. — **Robinson (Samuel William).** Death of fœtus in utero from gunshot wound, recovery of the mother. *Lancet*,

23 octobre 1897, p. 1045. — **Rostowzew**. Ueber die Uebertragung von Milzbrandbacillen beim Menschen von der Mutter auf die Frucht bei Pustula maligna. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd XXXVII, Hft. 3, p. 542. — **Schottlaender**. Casuistischer Beitrag zur Lehre von der Osteomalacie. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. XXXVII, Hft. 3, p. 441. — **Siff (H.)**, A. case of puerperal septicæmia successfully treated by antistreptococcus serum. *Med. Record*, novembre 1897, p. 701. — **Speier**. *Z. Casuistik des placentaren Ueberganges der Typhus bacillen von der Mutter auf die Frucht.* Breslau, 1897. — **Stansby**. A note on the use of antistreptococcic serum in puerperal fever. *The Lancet*, novembre 1897, p. 1243. — **Stanwick**. Puerperal septicæmia treated without antistreptococcic serum ; recovery. *The Lancet*, novembre 1897, p. 1308. — **Thébaub**. *Placenta prœvia par glissement.* Th. Paris, 1897, nº 21. — **Wenning**. Placenta prævia with special reference to treatment. *The American Journal of Obstetrics*. New-York, octobre 1897, p. 513. — **William Warren Potter**. Principles of treatment puerperal eclampsia. *Am. J. of Obst.*, novembre 1897, p. 680.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Blackburn Dorsett**. The administration of phosphata of strichnia during gestation. *Annals of gyn. a. pæd.*, novembre 1897, p. 131. — **Bousquet**. Deux cas de vomissements incoercibles de la grossesse. Avortement provoqué. Guérison. *Le Centre médical*, 1897, nº 5, p. 81. — **Dorsett**. The administration of phosphate of strychnia during gestation. *The American Journal of Obstetrics*. New-York, octobre 1897, p. 503. — **Lyman**. A case of osteomalacia. *British med. J.*, octobre 1897, p. 1231. — **Stack**. Puerperal erythema. *The Lancet*, octobre 1897, p. 1113.

VARIA. — **Alban Doran**. Fibroma of the abdominal wall ; increase during pregnancy. *Trans. of the obst. Soc. of London*, 1897, vol. XXXIX, p. 42. — **Arendt (E.)**. Bermerkungen zur operativen Kouceptionsverhinderung. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 44, p. 1318. — **Consentino (G.)**. Rendiconto della clinica ostetrico-ginecologica dell' ospedale S. Francisco Saverio. *Archivio di Ost. e. Gin.*, octobre 1897, p. 615. — **Döderlein**. *Ueber Vergangenheit u. Gegenwart d. Geburtshulfe.* Leipzig, 1897. — **Fehling**. *Die Physiologie u. Pathologie des Wochenbetts.* Stuttgard. — **Gordon**. Temporary sterility as cause of abortion at the first pregnancy. *Annals of gynecology and pædiatry.* Boston, octobre 1897, vol. XI, p. 20. — **Klein (G.)**. Die « Hangelage » vor drei Jahrhunderten. *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 45, p. 1351. — **Thorn**. Vagitus uterinus. *Sammlung klin. Vorträge.* N. F., nº 189. — **Wilhem Brutzer**. Ein Beitrag zur Wochenbettsdiätetik. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1897, Bd. XXXVII, Hft. 3, p. 391. — **Woyer (G.)**. Ein Fall von Schwangerschaft und Geburt nach abdominaller Myomectomie. *Monatsschr. f. Geb. u. Gyn.*, décembre 1897, t. VI, p. 563.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Février 1898

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA MYOMOTOMIE ABDOMINALE

Par le professeur **Hofmeier** (de Wurzbourg).

Quiconque s'est tenu au courant de la littérature gynécologique française et a suivi les séances des Sociétés de gynécologie et de chirurgie de France durant ces dernières années, reste avec l'impression que la question de la meilleure méthode de l'opération abdominale des fibromes de l'utérus constitue, dans ce pays, comme dans les autres, un thème essentiel de discussion. Étant donné le grand intérêt que les gynécologues allemands accordent aux innovations et aux perfectionnements réalisés par nos éminents collègues français qui, au premier rang, ont concouru au développement technique de ces méthodes, à cause aussi de l'intérêt spécial que, comme disciple des années durant de Schrœder, j'accorde à toute innovation de cet ordre, qu'il me soit permis aussi de dire, ici, quelques mots sur ce sujet. Ce qui directement m'engage à le faire, ce sont les travaux et les comptes rendus des discussions sur la question actuelle contenus dans les numéros de juillet et d'août de cette année de ces « *Annales* », travaux de discussion auxquels ont pris part nombre de chirurgiens français des plus éminents. La question des

indications et de la technique des opérations vaginales étant mise entièrement à l'écart, la discussion tourne, essentiellement, autour de la question suivante : Quelle est la meilleure méthode des opérations *abdominales* pour myômes ? En principe, la réponse ne paraît pas difficile. Assurément, c'est celle qui permet, avec un minimum de danger pour la vie et la santé des malades, d'enlever les tumeurs d'une manière aussi simple que possible ! D'après les comptes rendus des séances des sociétés médicales françaises et d'après les publications des dernières années, il semble que de plus en plus on tende, en France, à voir dans l'*extirpation totale abdominale* cette opération idéale. Comme on le sait, nos éminents collègues français ont précisément apporté toute une série de modifications, essentielles ou accessoires, à la technique de cette méthode opératoire, jusqu'à la modification la plus récente et la plus radicale, le procédé de M. Doyen. Dans les deux numéros cités de ces « *Annales* », il y a encore quelque chose de nouveau sur cette méthode.

Rappelons-nous, maintenant, un instant, pour quelle raison on a été conduit, à une certaine époque, au lieu de s'en tenir à l'amputation supra-vaginale qu'on faisait habituellement, à enlever en même temps que la tumeur le col de l'utérus non malade ? C'était surtout parce qu'on redoutait que le col devînt le point de départ d'une *hémorrhagie* et d'une *infection consécutive*. A. Martin (Berlin) fut le premier à formuler de façon précise ces craintes à la réunion des naturalistes allemands à Heidelbeg en 1889, et à leur donner une sanction pratique, si l'on fait abstraction de quelques opérations antérieures de cet ordre de Bardenheuer et de Schrœder. Martin basa sur ces considérations sa méthode de l'extirpation abdominale totale, méthode qui, rapidement, rallia des partisans nombreux et qui précisément subit, en France, un perfectionnement spécial. Or, si l'on réussit, d'une façon quelconque, à supprimer ces deux dangers associés à la conservation du col, l'extirpation du col lui-même n'a plus de but. Car, cette crainte que l'on a aussi exprimée que le moignon cervical pouvait devenir l'origine de maladies nouvelles, le siège d'autres tumeurs, etc., se

réalise si rarement, qu'il est impossible de trouver dans des éventualités aussi lointaines, aussi problématiques, l'indication à une opération plus complète, plus grave, si seulement l'on réussit autrement à supprimer les dangers réels que comporte le maintien du col *in situ*. Je ne veux pas ici examiner plus complètement la question de savoir jusqu'à quel point ce dernier but a été atteint par la méthode extra-péritonéale d'HEGAR. Comme élève de Schrœder, j'ai toujours été, en principe, partisan de la méthode intra-péritonéale, sans toutefois méconnaître que la première a donné des résultats en partie satisfaisants et qu'actuellement encore elle peut avoir des indications spéciales (par exemple, au cas de suppuration de la tumeur). Mais, assurément, il n'y avait pas à nier que la méthode intra-péritonéale de Schrœder, même entre des mains habiles, n'avait pas été entièrement libérée de ses dangers. Tous les efforts employés à obtenir, avec la méthode de Schrœder, des résultats uniformément bons, n'ont pas abouti, sauf quelques exceptions, à un résultat satisfaisant. C'est pour ces raisons, qu'il y a déjà 9 ans, au deuxième congrès de la Société allemande de gynécologie et d'obstétrique, à Halle, j'ai déclaré nettement que nous avions à réaliser ce *desideratum : ou améliorer les résultats de la méthode intra-péritonéale ou abandonner cette méthode !* (1). Je m'efforçai d'atteindre le premier but par l'ensemble des modifications techniques suivantes : 1° *section de l'utérus* et *ouverture de la cavité utérine avec le Paquelin*, escharification de la muqueuse du col ; 2° *renoncement à toute suture du moignon*, prophylaxie de l'hémorrhagie par la *ligature isolée des artères*, et éventuellement par une suture marginée du pédicule cervical, comme dans les opérations sur la portion vaginale du col ; 3° *isolement de la surface cruentée en la recouvrant largement avec le péritoine*, de façon à ce que la plaie, sans distension des surfaces cruentées, restât *complètement extra-péritonéale*. Je notai comme avantages de ce procédé de traitement du pédicule les suivants :

(1) Voir : *Verh. d. IIe Congress.* Leipzig, Breitkopf, 1888, p. 144.

1° Désinfection la plus sûre possible de la muqueuse et de la surface cruentée par le fer rouge.

2° Suppression de la distension entre les surfaces cruentées suturées et par suite de ses inconvénients (comme principal inconvénient, je voyais la possibilité d'une mortification partielle, effet d'une suture trop serrée, et, comme conséquence de cette nécrose, l'éventualité d'un processus de suppuration chronique).

3° Plus libre écoulement par le vagin des sécrétions susceptibles de se produire.

4° Isolement plus sûr des plaies de la cavité abdominale.

J'avais, alors, appliqué déjà cette méthode avec résultat favorable dans un cas et, au cours des années 1888 et 1889, je la suivis dans quatre autres cas. Les trois premiers cas évoluèrent très heureusement, les deux autres se terminèrent par la mort. Bien qu'il existât dans les deux des complications tout à fait spéciales, ces faits m'intimidèrent un peu en sorte que, étant donné le petit nombre d'opérations pour myômes qui se présentaient à moi à Wurzbourg, je revins à la vieille méthode opératoire de Schrœder.

En l'année 1881 (1), Chrobak, on le sait, proposa sous le nom de *traitement rétro-péritonéal du pédicule* une méthode tout à fait analogue, n'en différant que par des détails de technique peu importants et qui, sous ce nom, se vulgarisa bientôt. Le procédé suivi et appliqué déjà en 1886 par Bassini est entièrement semblable (Catherina, *Wiener med. Woch.*, 1891). Baer (2) (de Philadelphie) décrivit également une méthode identique quant au principe sans avoir eu, semble-t-il, connaissance des communications faites à ce sujet dans la littérature allemande ; il put aussi annoncer des résultats très satisfaisants. L'idée de ce procédé opératoire paraît s'être, alors, vulgarisée davantage en Amérique et avoir servi de base au procédé décrit par Kelly et appliqué dans 200 cas (3). Ce procédé est celui que,

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 35.

(2) *Transactions of the Americ. Gynæcol. Soc.*, vol. 17, 1892.

(3) *Bullet. of the John Hopkins Hospital.* Februark 1896.

dans la séance de la Société de chirurgie, dont le compte rendu est rapporté dans les deux numéros cités de ces « *Annales* », divers chirurgiens ont appelé « *Méthode américaine* », le même que Charles Noble (1) a décrit complètement.

Si je dis que ces diverses méthodes sont, quant au principe, dans ce qu'elles ont d'essentiel tout à fait équivalentes, bien que sous le point de vue de l'exécution, de la technique opératoire les chirurgiens n'opèrent pas de même manière, bien que celui-ci ou celui-là accorde une importance considérable à telle particularité de son mode d'exécution, c'est que tous ces procédés ont, à leur base, un principe commun et qui s'écarte tout à fait des méthodes de traitement du pédicule perdu usitées jusqu'alors.

Ce principe est le suivant: *prophylaxie de l'hémorrhagie, hémostase préventive par la ligature isolée des quatre artères, abandon de toute suture du moignon cervical et isolement de toute la surface cruentée par l'application du péritoine au-dessus* afin que cette surface cruentée devienne entièrement extra-péritonéale ou rétro-péritonéale. Tout le reste me paraît n'être que détails de technique accessoires, dont cependant l'application peut, dans certaines circonstances, rendre l'opération plus facile et plus simple. Mais, ainsi qu'en témoignent les résultats également bons annoncés par les divers opérateurs, ces particularités, ces différences de technique n'influent aucunement sur l'issue de l'acte chirurgical.

Si je recherche maintenant pourquoi les résultats de la méthode de Schrœder étaient défectueux, je dois en partie concéder à Noble que Schrœder visait toujours plus à une myomotomie qu'à une hystérectomie, c'est-à-dire, plutôt à l'extirpation des myômes qu'à l'enlèvement de tout l'utérus malade et que, comme conséquence de cette idée directrice, il n'amputait pas l'utérus assez profondément. Il en résultait qu'une portion trop volumineuse de l'utérus restait *in situ*,

---

(1) *British Gyn. J.*, mai 1897; *Annales de gynécol. et d'obst.*, juillet 1897, traduction par Labusquière.

que la ligature latérale, médiate des utérines n'était pas faite assez profondément, bien que SCHRŒDER déjà en l'année 1878, eût décrit, au congrès des naturalistes à Baden-Baden, la méthode d'amputation de l'utérus après ligature des quatre artères principales sans ligature élastique (1). De ce fait, il résultait que la surface d'excision donnait du sang, et qu'il fallait suturer et rapprocher solidement les surfaces cruentées à l'aide de nombreux points de sutures. Je pense également qu'il faut voir dans cette façon de procéder l'origine de mortifications, de nécroses tardives et d'infections secondaires. Car, presque tous les cas de mort à la suite de la myomotomie, dans les dernières années où SCHRŒDER opéra, se produisirent consécutivement à des processus secondaires de cet ordre. Il se peut également que la désinfection des matières à suture ne fût pas aussi perfectionnée qu'à l'heure actuelle et que, de ce fait, le processus de mortification fût d'autant plus néfaste.

Toutefois, l'idée de la nécessité de l'emploi de la *ligature élastique* n'impliquait pas par elle-même les amputations trop élevées. Et, si l'on accorde qu'avec cette ligature on y était exposé davantage, il n'en est pas moins vrai qu'on pouvait même en l'employant, éviter cet inconvénient avec la précaution de décoller les ligaments larges assez profondément. Je ne pense même pas que cette compression par elle-même eût suffi à compromettre la vitalité des tissus placés un peu longtemps au-dessous du lien élastique.

Je dois, en outre, accorder à NOBLE qu'il y avait une autre cause d'insuccès dans le souci exagéré du pouvoir infectieux de la cavité utérine et du danger qu'on voyait à laisser cette cavité ouverte. Sous l'influence de ces idées, on pensait qu'il fallait, en toutes circonstances, fermer cette cavité au moyen d'une suture solide. Et cela, précisément par la raison que le moignon était en général volumineux, n'était pas toujours facile ni indifférent pour le résultat définitif. Je ne veux pas étudier plus longuement la question de savoir jusqu'à quel point le

(1) *Arch. f. Gyn.*, Bd. XV, p. 271.

souci des qualités infectieuses du contenu de l'utérus était et est inutile. Aux résultats des recherches bactériologiques sur l'innocuité absolue de la cavité utérine, je ne veux, pour le moment, opposer que la fréquence des affections infectieuses des trompes, à propos desquelles, tous, nous admettons que, dans le plus grand nombre des cas, elles sont des effets de micro-organismes venus de la cavité utérine. Jusqu'à quel degré et dans quelle proportion ces micro-organismes, à l'occasion d'une amputation de l'utérus, deviendraient dangereux, c'est là une autre question. De très nombreux auteurs, même à l'heure actuelle, ne tiennent pas ces dangers pour insignifiants, et Noble lui-même, qui se place sur le terrain des bactériologues, tient cependant pour nécessaire de curetter et de laver l'utérus avant l'opération, et l'amputation utérine faite, de suturer le col avec quelques sutures au catgut de façon à empêcher une infection quelconque de naître dans cet organe. Je laisse indécise la question de savoir jusqu'à quel point on peut atteindre ce but à l'aide des quelques sutures superficielles dont il est parlé, sutures qui, assurément, ne doivent pas étrangler le tissu utérin. En tout cas, j'accorde que cette préoccupation de ne pas laisser ouverte la cavité du col, qui conduisit Schrœder à faire une suture solide de l'utérus, était grandement inutile. C'est, précisément, cette conviction qui me poussa à proposer, déjà en 1888, le procédé décrit plus haut et à le mettre en pratique : c'est-à-dire, indépendamment de la ligature isolée des artères après désinfection rigoureuse de la cavité utérine, à renoncer à toute suture de l'utérus, à isoler complètement de la cavité péritonéale le pédicule en le recouvrant avec le péritoine, tandis que d'autre part je pensai, en laissant le col ouvert, réaliser des précautions suffisantes pour assurer l'écoulement par le vagin des sécrétions qui pouvaient éventuellement se produire. En considération de la possibilité d'une hémorrhagie au niveau de la paroi sectionnée du col, il me parut d'ailleurs, dans le principe, nécessaire de suturer circulairement le bord du col et, par la crainte de la possibilité d'une infection, d'ouvrir la cavité utérine avec le Paquelin. La pre-

mière précaution est en tout cas inutile si l'on a soin de lier les artères assez profondément; quant à la seconde, elle est sans importance comme le prouvent les résultats aussi satisfaisants de ceux qui emploient encore le thermo-cautère et de ceux qui ne s'en servent pas. Je n'y ai plus recours depuis trois à quatre ans parce que je crains d'exercer par l'escharification du tissu une influence inutile sur sa vitalité.

Les temps de l'opération que, avec l'observation du principe que déjà j'ai émis en 1888, je pratique depuis 4 ans sont les suivants :

1° Nettoyage à fond de l'utérus et du vagin avant l'opération. Pour la désinfection de l'utérus et de la cavité du col, on injecte dans l'utérus une ou quelques seringues d'une solution alcoolique phéniquée de 10 à 20 p. 100.

2° Après libération et attraction de la tumeur, section des ligaments larges jusqu'à leur base, ligature médiate des artères utérines des deux côtés au point où elles abordent le col.

3° Dissection de lambeaux péritonéaux volumineux sur les surfaces antérieure et postérieure de l'utérus et décollement aussi bas que possible de ces lambeaux.

4° Amputation du col aussi basse que possible en ayant le plus grand soin d'étancher les sécrétions qui, éventuellement, peuvent sourdre de la cavité cervicale. Si un point saigne, on le prend dans une suture au catgut.

5° Double couverture au moyen des 2 lambeaux péritonéaux et par une suture continue au catgut du pédicule.

6° Fermeture de la cavité abdominale par quelques sutures au fil d'argent et par une triple suture au catgut qui comprend le péritoine, les fascias et la peau de l'abdomen.

Les figures 1ᵃ et 1ᵇ sont des représentations schématiques du traitement du moignon du col.

Les sutures sont faites avec de la soie pas trop forte.

J'ai, suivant cette méthode, depuis mars 1893, pratiqué 45 amputations de l'utérus. Et, dans tous les cas, il s'agissait de myômes volumineux, car j'ai recours en principe aux opérations vaginales dans les myômes dès qu'elles permettent de

compter sur le succès. Dans un certain nombre de cas les opérations étaient rendues très difficiles par le développement sous-séreux des tumeurs et par l'existence de processus périmétritiques. De ces 45 opérées une seule est morte, et le cinquième jour après l'opération. Un accident malheureux fit, que dans ce cas, en traversant le ligament large dans sa partie la plus profonde, on lésa superficiellement une anse d'intestin située dans le cul-de-sac de Douglas. A l'autopsie, on constata une

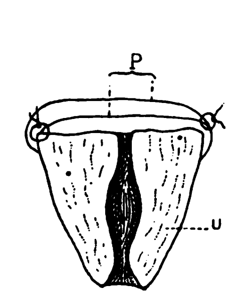


FIG. 1b. — U. Utérus. — P. Lambeaux péritonéaux superposés et suturés.

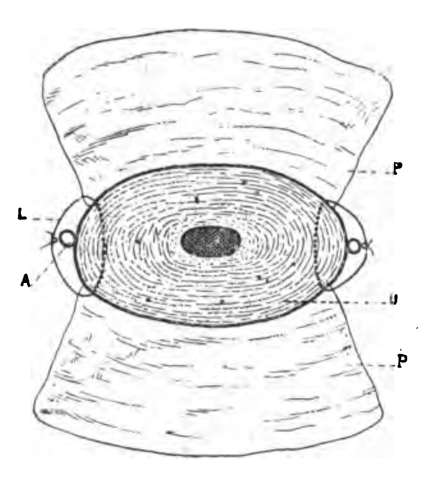


FIG. 1a — U. Utérus. — A. Artère utérine. — L. Ligature médiate de l'artère utérine. — P. Lambeaux péritonéaux.

péritonite; mais il n'existait pas de perforation intestinale et l'état de la plaie du pédicule cervical était tout à fait normal. Il est donc extrêmement vraisemblable que, dans ce cas, l'issue fatale a tenu à une éventualité malheureuse, toute spéciale.

Ce fait que le résultat général des opérations sans aucun choix reste depuis quatre ans et demi uniforme, me paraît démontrer qu'il importe peu au point de vue du résultat si la façon de procéder des chirurgiens diffère dans quelques détails de la technique opératoire : si, par exemple, on lie les artères utérines déjà dans l'épaisseur des ligaments larges ou

seulement au moment où elles abordent le col de l'utérus ; si je commence à sectionner les ligaments larges jusqu'à leur base et si je lie alors les utérines, ou si je trace d'abord une large incision d'un côté à l'autre, que je repousse ensuite le ligament large en bas et que je recherche alors les artères, et si j'excise un centimètre de plus ou de moins du col. De même, l'usage du thermo-cautère auquel j'attachais jadis beaucoup d'importance, et que Chrobak et Rosthorn estiment de grande utilité pour l'escharification de la muqueuse du col, est en réalité indifférent.

Si l'on accorde que la série méthodique des détails techniques, comme les décrit Kelly, rend peut-être l'opération un peu plus rapide, qu'elle permet de dégager plus facilement d'en haut comme d'en bas les myômes sous-péritonéaux, il n'en est pas moins vrai que : *le principe de l'opération et le résultat d'ensemble*, *en dépit de ces différences techniques, restent les mêmes.*

Comme démonstration de l'exactitude de cette proposition, je citerai les chiffres suivants, tirés de la communication de Noble et des publications allemandes les plus récentes : Noble donne une statistique de 345 cas d'opérations de ce genre faites par cinq chirurgiens américains, avec 17 morts, soit : 4,3 p. 100 (Kelly, 155 cas, sept morts ; Baldy, 56, deux morts ; Penrose, 57, quatre morts ; Boldt, 11, pas de décès ; Noble, 66, quatre morts). Tous ces cas ont été, malgré quelques différences de technique, opérés d'après la méthode dite américaine.

Les chirurgiens allemands ont obtenu avec la *méthode rétropéritonéale* qui, ainsi que je l'ai expliqué, est, à mon avis, identique, quant au principe, à la méthode américaine, les résultats suivants :

Olshausen (1), 100 opérations avec 6 morts (pas de désinfection de l'utérus, pas de Paquelin, pas de drainage).

---

(1) *Handbuch der Gynæk.*; herausgeben von Veit bei Bergmann. Wiesbaden, 1897.

Chrobak (1), 41 opérations avec 2 morts (cautérisation énergique du col avec le Paquelin, drainage à travers le col vers le vagin).

V. Rosthorn (2), 66 opérations avec 1 mort (même technique que Chrobak).

V. Erlach (3), 35 opérations avec 1 mort (même technique).

Kuestner (4), 50 opérations avec 1 mort (même technique dans l'ensemble que celle décrite ci-dessus, Paquelin).

Hofmeier (5), 45 opérations avec 1 mort.

Ces cas forment un total de 338 opérations avec 12 morts; c'est-à-dire que dans l'ensemble ils représentent des résultats supérieurs de 1 p. 100 à ceux communiqués par Noble. Il y a, d'autre part, lieu de remarquer que le chiffre de mortalité reste le même avec les divers opérateurs, si l'on fait abstraction des 100 cas d'Olshausen avec 6 morts. On pourrait objecter qu'ici le plus grand nombre de cas joue peut-être un certain rôle ; mais, Olshausen lui-même souligne qu'il n'a appliqué rigoureusement la méthode du traitement rétro-péritonéal du pédicule que depuis deux ans et demi, et qu'auparavant il avait, dans beaucoup de cas, opéré d'après la technique ancienne de l'opération supra-vaginale. Aussi, dans la première série de 50 opérations figurent 4 morts, et deux seulement dans la deuxième série.

Le chiffre total des cas opérés d'après une méthode à peu près uniforme : *amputation supra-vaginale de l'utérus avec*

---

(1) *Wien. klin. Wochenschr.*, 1894, n° 52.

(2) *Volkmann's klin. Vortr.* N. F. N° 158.

(3) *Wien. klin. Wochenschr.*, 1895, n° 29.

(4) *Volkman's klin. Vortr.* N. F. N° 164 (Fall 75-125 der Operationen) et *Petersb. med. Wochensch.*, 1895, n° 10.

(5) Dans les six premiers cas j'employai encore le thermo-cautère et dans les cinq premiers, je fis encore la suture en ourlet du pédicule cervical. La convalescence, au moins sous le rapport du processus local, fut constamment remarquable. Chez quelques femmes très anémiques, on observa des thromboses des membres inférieurs et des phénomènes passagers de faiblesse cardiaque.

conservation du col ou d'une partie du col, ligature isolée des vaisseaux, abandon de toute sorte de sutures et isolement du pédicule en le recouvrant largement avec le péritoine, ce chiffre total s'élève à 673 cas avec 23 morts, soit 4,2 p. 100. Je n'ai voulu, ici, citer que les résultats obtenus avec la méthode rétro-péritonéale après amputation supra-vaginale de l'utérus. Mais qu'il soit possible d'obtenir des résultats également remarquables avec d'autres opérations abdominales semblables, dans lesquelles le col reste également *in situ*, cela ressort surtout des résultats de ZWEIFEL (1), 5 morts sur 122 opérations, de TREUB (2), 7 morts sur 100 opérations, de MANGIAGALLI (3), 2 morts sur 42 opérations. Il faut, à propos des résultats de MANGIAGALLI, faire remarquer que ce chirurgien qualifie aussi sa méthode de « *rétro-péritonéale* », mais qu'elle se différencie essentiellement de celle exposée plus haut, en ce que cet opérateur, sans ligature isolée des artères, prend le col, comme TREUB, dans un lien élastique et suture le péritoine au-dessus.

En tout cas, dans toutes ces méthodes, le pédicule du col reste en place. Et par là je reviens à cette considération que j'émettais au début de ce travail : est-il nécessaire, étant donnés les résultats remarquables qu'on obtient à l'heure actuelle dans tous les pays avec l'amputation supra-vaginale, de maintenir en principe la nécessité de l'extirpation du col, c'est-à-dire, de l'extirpation abdominale totale, et de continuer toujours à imaginer de nouvelles méthodes dans le but de la faire plus parfaite ? Les chiffres précédents démontrent qu'on n'a plus à redouter de voir le col conservé devenir l'origine de l'hémorrhagie et de la septicémie. Il nous sera bien difficile d'arriver jamais à abaisser la mortalité de la myomotomie abdominale au-dessous de 3 à 4 p. 100 si nous ne voulons pas nous astreindre à n'opérer que des cas tout à fait simples. Car nous savons tous combien les conditions sont complexes dans certains cas et combien souvent les malades sont dans un état pitoyable ; nous savons tous aussi qu'elles peuvent succomber sous des influences autres que des complications ayant leur origine dans la plaie opératoire.

Mais l'extirpation abdominale totale donne-t-elle dans l'ensemble encore des résultats meilleurs? Assurément, il est difficile de trancher la question d'une manière générale.— J'utilise une statistique d'Olshausen (*l. c.*) comprenant 520 opérations de cette espèce avec 50 morts, soit une mortalité de 9,6 p. 100. Ces opérations datent toutes des 4 à 5 dernières années, et ont été faites par des chirurgiens qui possèdent une assez large expérience. J'accorde volontiers que quelques opérateurs ont obtenu des résultats supérieurs, et qu'une statistique générale, comme la précédente, ne permet qu'un jugement réservé. Toutefois, il est bien difficile de contester que l'extirpation abdominale totale, les conditions anatomiques étant les mêmes, est une opération plus difficile et, entre les mains de la plupart des opérateurs, plus dangereuse sous le rapport de l'hémorrhagie et des lésions intercurrentes. Simple et facile, elle ne l'est que dans les cas simples, dans ceux où le chirurgien peut sans difficulté atteindre la portion inférieure de la tumeur.

Je ne veux pas, ici, m'attarder plus longuement dans l'examen des avantages et des inconvénients des deux méthodes ; on a déjà écrit plus qu'il n'était nécessaire sur ce point. Je me rallie, en substance, aux considérations émises par Noble dans son remarquable travail.

Si nous revenons maintenant aux réflexions que nous avons faites au début de cet article et si nous reprenons cette définition que la meilleure des opérations abdominales pour myômes est celle qui entraîne le moins de risques *quoad vitam*, qui procure le plus de garantie contre la perte de sang et les lésions intercurrentes et qui offre le minimum de difficultés techniques, nous nous trouvons conduit à déclarer que cette *opération idéale*, dans le sens qui a été précisé, et d'après les résultats enregistrés, est l'*amputation supra-vaginale de l'utérus avec traitement rétro-péritonéal du pédicule cervical.*

Nous devons laisser à nos éminents collègues le soin de décider, après les développements précédents, jusqu'à quel point il convient de dénommer cette nouvelle méthode « *Méthode américaine* » !

En tout cas, les résultats obtenus par les gynécologues allemands avec la méthode *rétro-péritonéale* ne le cèdent aucunement à ceux obtenus par nos collègues américains. Mais, pour nous tous, qui avec Schrœder avons toujours envisagé le traitement *intra-péritonéal* du pédicule dans la myomotomie abdominale comme le but digne de nos efforts, et qui nous sommes efforcé de perfectionner l'opération au point de faire que ses résultats se rapprochent de ceux de l'ovariotomie, c'est une grande satisfaction que ce but paraisse enfin atteint !

LES LIGATURES ATROPHIANTES DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS UTÉRINES

PAR

Henri Hartmann, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

et

Pierre Fredet, Aide d'anatomie à la Faculté, Interne des hôpitaux.

Bien que remontant à une époque très reculée, la méthode de traitement des tumeurs par les ligatures atrophiantes (1) n'a été appliquée à l'utérus que dans ces derniers temps. Jusqu'à ces dernières années, la crainte d'aborder une région, où les inoculations septiques déterminent des accidents graves, avait arrêté les opérateurs. On s'était attaqué au corps thyroïde, au testicule, à la langue, etc., on avait laissé de côté l'utérus.

L'existence de pédicules vasculaires bien distincts devait cependant engager à intervenir sur cet organe; l'opération était anatomiquement possible, à l'inverse de ce qui arrive pour les régions recevant des vaisseaux disséminés.

---

(1) Cette méthode a été proposée pour la première fois par JOHANN MUYS (*Neue Vernünftige Praxis der Wundärzte*, Frankfurt, 1629) ; il conseille d'utiliser la méthode des vétérinaires « qui coupent les artères se rendant aux tumeurs strumeuses ». Elle a été bien exposée et appliquée sur l'homme par HARVEY (*Exercitationes de generatione animalium*, etc. Amsterdam, 1651). Aussi PAUL BROCA (*Traité des tumeurs*, Paris, 1866, t. I, p. 429) lui donne-t-il le nom de méthode de Harvey.

La disparition des accidents septiques, à la suite de la vulgarisation des méthodes nouvelles de pansement, devait fatalement amener un retour à ce mode de traitement des tumeurs utérines.

Peu employées en France, les ligatures atrophiantes de l'utérus ont été surtout étudiées et préconisées en Allemagne et en Amérique. Ayant eu l'occasion d'y recourir dans un certain nombre de cas, nous avons pensé qu'il serait peut-être intéressant de publier nos observations et de chercher à en tirer quelques conclusions en les rapprochant de celles antérieurement publiées par d'autres chirurgiens.

Historique.

Fritsch (1), le premier, en 1885, a pratiqué la ligature des artères utérines dans le traitement de la métrite hémorrhagique et l'a préconisée pour arrêter les hémorrhagies en cas de fibrome après échec des autres moyens hémostatiques. Il fait cette ligature à ciel ouvert par le vagin.

En 1888, Baumgärtner (2) publie un travail sur la ligature des vaisseaux utérins dans les cancers inopérables. Il lie les utérines par le vagin quand il le peut, les coupe et les pince dans des cas plus difficiles, les prend à leur origine à l'hypogastrique quand la voie vaginale est impraticable.

Gubareff (3) en 1889 préconise un procédé de ligature transpéritonéale des vaisseaux spermatiques internes que Snéguireff applique sur le vivant pour amener l'atrophie de fibromes. L'année suivante, Rydygier (4) recommande la ligature intra-

---

(1) FRITSCH, in *Deutsche Chirurgie* (Billroth et Lücke), Stuttgart, 1885, fascic. 56, p. 342.

(2) BAUMGÄRTNER. Zur Operation der Cervixcarcinomes. *Verhandlungen der deutsch. Gesellsch. f. Gyn., Leipzig,* 1888, p. 280.

(3) GUBAROFF. Ueber die Unterbindung der Uterusgefässe. *Centr. f. Chir.,* 1889, p. 369.

(4) RYDYGIER. Ein neue Vorschlag zur operationen Behandlung der Uterusmyome. *Wiener klinisch Woch.*, 1890, p. 181. — Rydygier revient sur la question en 1894 (*Centr. f. Gyn.*, 1894, p. 297).

péritonéale des vaisseaux dans les cas où l'énucléation du fibrome est impossible.

A la même époque Dorsett (1) en Amérique aborde la question. Admettant que l'involution utérine après l'accouchement est due à une diminution de l'afflux sanguin résultant de l'entortillement des vaisseaux à la suite de la rétraction utérine qui suit l'expulsion du fœtus, constatant de plus les bons effets du traitement des fibromes par l'ergot qui détermine une contracture des artérioles, il conseille de lier l'utérine et donne un procédé de ligature vaginale de ce vaisseau.

Jusqu'ici la question du traitement des fibromes par les ligatures atrophiantes n'est abordée que d'une manière incidente. Dorsett, qui le préconise nettement, ne l'a pas encore pratiqué, lorsqu'en 1892 Gottschalk (2) et Franklin Martin (3) publient deux importantes communications. Ce sont eux qui ont le mieux étudié cette question. Guidés par des notions théoriques différentes, ils sont arrivés à poser les mêmes indications et à conseiller une technique à peu près identique (4).

---

(1) DORSETT (W. B.). *St Louis Courrier of medicine*, 1890, t. III, p. 82.

(2) GOTTSCHALK. *Premier Congrès international de gynécologie et d'obstétrique*, Bruxelles, 16 septembre 1892 ; et Ueber Histogenese und Ætiologie der Uterusmyome. *Archiv. für Gynæc.*, Berlin, 1893, t. XLII, p. 534. —Voir aussi une discussion à la *Gesellschaft. f. Geb. und Gyn.* de Berlin, le 10 mars 1893, discussion à laquelle prennent part Mackenrodt, Veit, Flaischlen et Odebrecht.

(3) FRANKLIN H. MARTIN (de Chicago). Vaginal ligation of a portion of the broad ligaments for uterine tumors or hemorrage. Communication faite à la *Gyn. Society* de Chicago le 16 décembre 1882, et *Americ. Journ. of obstetrics*, août 1893, t. XXVII p. 481. — Il revient à diverses reprises sur cette question qu'il étudie complètement et de nouveau en 1897 (*Lectures on the treatment of fibroid tumors of the uterus*, Chicago, 1897, p. 101, et *Brit. med. J.*, 1897, t. II, p. 1141, Londres).

(4) Gottschalk admet que les fibromes sont formés aux dépens des tuniques d'un vaisseau ; celui-ci devient l'origine d'un néoplasme parce qu'il est irrité : comme les éléments irritatifs sont amenés par le sang, on amoindrira l'irritation en diminuant l'afflux sanguin ; de là l'idée de lier les utérines. Franklin Martin, liant en masse la base du ligament large, pense qu'on agit sur la tumeur de deux manières : en diminuant l'afflux sanguin et en exer-

Depuis cette époque les travaux sur cette question se sont multipliés en Amérique. Le 5 décembre 1893, Boldt (1) fait à la Société obstétricale de New-York une communication, qui est le point de départ d'une discussion, au cours de laquelle Adams et Krug apportent chacun des faits personnels de ligature des utérines (2).

Greene (3) publie à son tour deux succès en 1894.

Goelet (4) un cas ; plus tard, craignant de ne pouvoir assurer l'hémostase par des ligatures en masse, il conseille de couper les vaisseaux puis de les lier (5).

Frederick (6) ne craint pas de s'attaquer à de gros fibromes, dépassant l'ombilic et publie cinq succès opératoires, dans un cas même la malade est devenue enceinte (7).

En Europe, les publications sur cette question sont moins nombreuses. Quelques opérations ont été faites en Danemark par Howitz, par F. Levy et par Paulli ; on les trouve relatées dans un travail de Kuhn (8). En Russie, Altucheff et Snéguireff

çant une action trophique sur l'utérus par destruction des nerfs destinés à cet organe et à la tumeur.

(1) Boldt. *New-York Journal of gynæc. and obstetrics,* février 1894, t. IV, p. 129.

(2) Voir in *New-York Journal of gynæcol. and obstetrics,* février 1894, t. IV, p. 180.

(3) Greene (J. B.). *Journal of the american medical Association,* Chicago, 10 février 1894, t. XXII, p. 179.

(4) Goelet (A. H.). *Amer. med. surg. Bulletin,* 1er juin 1894, t. VII, p. 645.

(5) Goelet (A. H.). *Amer. gyn. and obst. Journ.,* février 1897, t. X, p. 140, an improved technique of vaginal ligation of the uterine arteries for uterine fibromata. Indications for this operation. *Med. record,* N.-Y., 6 mars 1897, t. L, p. 338.

(6) Frederick (C. C.). Ligation of the broad ligaments for uterine fibromyomata ; report of five case. *Journal of the americ. med. Association,* Chicago, 10 août 1895, t. XXV, p. 229.

(7) *Communication écrite.*

(8) Kuhn (P.). Om Underbinding of aa. uterinæ ved fibroma uteri. *Nordiskt medeciniskt Arkiv.,* Stockholm, 1895, no 14, p. 1.

étudient un procédé nouveau de ligature de l'artère utérine (1). Et c'est à peu près tout.

En France, MM. Schwartz et Rochard ont, par nécessité, pratiqué deux fois le pincement vaginal des artères utérines comme pis aller (2); notre maître, le professeur Terrier, dans l'impossibilité de faire la castration, s'est plusieurs fois contenté de jeter une ligature sur la partie accessible des ligaments larges; tout récemment M. Tuffier a suivi cette même pratique (3). Tous jusqu'ici ont cherché dans la ligature un mode d'action après échec constaté de la thérapeutique qu'ils avaient l'intention de suivre et dans des cas inopérables. Nous croyons être les premiers en France à avoir fait de parti pris la ligature des utérines dans *des cas de fibromes extirpables* et à avoir conseillé son emploi systématique dans les fibromes indemnes de toute complication inflammatoire (4). En même temps que nous poursuivions ces recherches nous avons recherché si les ligatures atrophiantes pouvaient être de quelque utilité dans le traitement des cancers utérins inopérables.

Les ligatures atrophiantes dans le cancer inopérable de l'utérus.

Dans trois cas de cancer inopérable de l'utérus nous avons pratiqué des ligatures atrophiantes. Nos malades ont toutes guéri de l'intervention, mais n'en ont éprouvé qu'un bénéfice très minime, sauf dans un cas où des ligatures très multipliées ont amené un arrêt *momentané* des sécrétions.

---

(1) Altucheff et Snéguireff. Eine neue Methode der Unterbindung der Arteriæ uterinæ per Laparotomiam. *Monatschr. f. Geb. und Gyn.*, Berlin, juin 1896, t. III, p. 453.

(2) Rechner (Z.). *Contribution à l'étude du pincement et de la ligature des artères utérines comme procédé hémostatique et atrophiant dans le traitement des fibromes utérins.* Thèse de Paris, 1896-1897, n° 464.

(3) Tuffier. Essai sur les ligatures atrophiantes dans les tumeurs inopérables et dans certaines infections. *Congrès français de chirurgie*, 1897, p. 192.

(4) Hartmann. *Ibidem*, p. 202.

Dans deux cas nous avons limité notre intervention à la ligature de l'artère utérine à son origine.

Obs. I. — *Ligature des utérines au niveau de la fossette ovarienne et ligatures utéro-ovariennes.* — Louise L..., journalière, âgée de 67 ans, entre à l'hôpital Bichat le 6 mai 1897, dans le service du professeur Terrier, suppléé par M. Hartmann. Cette malade perd du sang par le vagin depuis cinq mois, en assez grande abondance et d'une façon continue. Ce sang est rouge, avec peu de caillots, il ne présente pas d'odeur fétide.

Aucun autre symptôme n'a attiré son attention ; ni douleur, ni gêne quelconque à aucun moment, ni dans la miction, ni dans la défécation. Elle vient à l'hôpital pour ses pertes sanguines.

Par le toucher et la vue, on constate l'existence d'un vaste épithélioma utérin à bourgeons irréguliers, mous et saignants. Il a envahi toute la paroi vaginale antérieure depuis le fond du vagin jusqu'à deux doigts du méat.

Le néoplasme se propage peu sur les parties latérales et sur la paroi postérieure. Dans sa moitié supérieure celle-ci cesse d'être lisse et mobile pour devenir épaisse et un peu dure.

Adhérence complète de la paroi antérieure à la vessie, qui néanmoins ne semble pas atteinte.

Il est impossible de reconnaître le col dans la masse des végétations qui remplit le fond du vagin. Le doigt s'engage dans plusieurs trous, mais on ne peut y faire pénétrer l'hystéromètre ou les sondes molles conduites avec prudence.

Les culs-de-sac latéraux conservent assez de souplesse pour que l'on puisse explorer les ligaments larges par le palper combiné au toucher.

Ces ligaments ne semblent pas atteints, bien que du côté droit les doigts explorateurs restent séparés par un intervalle plus grand et une masse moins dépressible que du côté gauche.

Il est impossible de sentir le fond de l'utérus par le palper abdominal. Il est en rétroflexion marquée.

En somme, le petit bassin paraît libre et n'est pas rempli par une tumeur.

Les adhérences et l'étendue du néoplasme rendent toute intervention impossible. De même la ligature des artères utérines par la voie vaginale ne semble par praticable. La voie abdominale au contraire semble libre.

Il y a des ganglions inguinaux des deux côtés et l'on sent à gauehe des ganglions iliaques.

Antécédents. —Aucune maladie antérieure, aucun passé pathologique génital. Elle a cessé d'être réglée vers 47 ans, après avoir eu deux enfants dont un mort en bas âge.

Aucun antécédent néoplasique connu chez ses ascendants.

Bonne santé générale, sauf un certain degré de bronchite chronique.

Opération le 13 mai 1897, par M. Hartmann, aidé de MM. Chauvel et Fredet. Chloroforme par M. Bourbon. Durée de l'opération, cinquante-quatre minutes.

Position élevée du bassin.

Laparotomie médiane, sous-ombilicale. Incision étendue du pubis à l'ombilic.

Deux écarteurs sont placés sur les lèvres de l'incision ; après destruction d'une adhérence épiploïque, la masse intestinale est refoulée vers le bas et recouverte d'une compresse.

L'utérus est gros, en rétroflexion, mobile et non adhérent, de même que les annexes.

1° L'opérateur, placé à droite de la malade, commence alors la recherche de l'artère utérine droite. Pour cela, l'utérus rétrofléchi est redressé et attiré en avant ; l'ovaire et la trompe droite le sont aussi de façon à découvrir la fossette ovarienne.

On la voit sans difficulté au-dessous de la saillie violacée de la veine iliaque externe.

L'uretère apparaît aussi, nettement reconnaissable à sa couleur blanc jaunâtre qui tranche sur la couleur des parties voisines, à sa saillie et à ses contractions péristaltiques.

Une incision est faite aux ciseaux sur le péritoine, le long du bord antérieur de l'uretère,ici supérieur en raison de l'inclinaison du lit à 45°.

L'uretère est décollé et refoulé vers le bas.

Aussitôt apparaissent dans la partie basse de l'incision deux vaisseaux artériels :

L'un est volumineux, directement appliqué à la paroi pelvienne et se dirige vers le ligament large. Nous pensons que c'est l'artère ombilicale, l'autre plus petit, situé en arrière du précédent, est sinueux. Il semble se diriger en dedans et vers l'utérus.

Un fil est passé sous ce vaisseau à l'aide d'une aiguille de Cooper. L'artère attirée est reconnue pour l'utérine et liée à la soie fine.

Trois points de suture à la soie fine sont placés sur la plaie péritonéale.

En somme, l'opérateur placé du côté droit a pu découvrir, reconnaître et lier sans difficulté l'artère du côté correspondant.

2° La recherche de l'artère utérine gauche a été un peu plus difficile. Pour aborder la fossette ovarienne, nous avons dû libérer l'épiploon adhérent aux annexes. De plus, il existait des ganglions iliaques qui ont gêné un peu l'exploration (1).

La fossette ovarienne bien exposée, nous avons, restant toujours à droite, pratiqué une incision le long de l'uretère facilement visible de ce côté aussi. Mais l'incision péritonéale ayant été faite plus près du détroit supérieur que du côté droit, c'est sur le tronc de l'hypogastrique que l'on arrive après avoir rejeté l'uretère vers le bas.

Il faut agrandir l'incision vers le plancher pelvien pour arriver sur un tronc issu de l'hypogastrique. On trouve une artère qui semble émaner de la partie antérieure de l'iliaque interne et représenter un tronc commun à l'ombilicale et à l'utérine. La ligature est placée sur ce tronc.

Le péritoine est suturé à l'aide de 3 points à la soie.

3° L'artère utéro-ovarienne droite est liée dans l'aileron de la trompe.

4° La gauche est liée sous le pédicule vasculaire de l'ovaire.

Le ventre est refermé. Suture à 3 étages : Péritonéal à la soie. Aponévrotique à la soie. Superficiel au crin.

Pansement : Compresses de gaze aseptique.

Suites immédiates. — Les *suites* de l'opération furent normales. La température oscille entre 36°,8 et 37°,5.

Ablation des fils profonds le 21 mai.

Ablation des fils superficiels le 24 mai.

Les hémorrhagies, qui étaient abondantes et continues, ne disparaissent pas entièrement. Elles sont très réduites en quantité ; c'est un suintement, mais l'hémostase parfaite n'a pas été obtenue.

Suites éloignées. — La malade est revue le 13 août 1897, 3 mois après l'opération. Elle est dans un assez bon état général. Elle a de l'appétit. Poids : 57 kilog.

Elle a continué après son départ de l'hôpital à avoir des pertes sanguines plus ou moins roussâtres, mais non fétides. Ces pertes sont beaucoup moins considérables qu'avant l'opération, mais elles sont

(1) A l'autopsie nous n'avons pas trouvé de ganglions en ce point, mais une sinuosité de l'iliaque externe qui s'enfonçait dans le bassin et a été probablement la cause de l'erreur faite sur le vivant.

constantes et obligent la malade à se garnir. Le soir la compresse est toujours un peu tachée de sang.

Le néoplasme s'est peu étendu. Le vagin est plus étroit, et la paroi postérieure s'est infiltrée jusqu'à 3 doigts de l'anus, comme le démontre le toucher rectal. Le 11 octobre, l'état est à peu près le même.

En janvier cette malade rentre à l'hôpital, en médecine, dans le service de M. Rocques où elle succombe aux progrès de la cachexie le 3 janvier dernier.

Autopsie. — Grâce à l'obligeance de M. Rocques, nous avons pu faire l'autopsie de cette femme, injecter ses artères en place, puis enlever et disséquer son bassin. Sur une coupe verticale antéro-postérieure, il est facile de constater l'étendue des lésions. Il existe des noyaux néoplasiques sous-péritonéaux et un envahissement ganglionnaire marqué. Le corps de l'utérus n'a guère changé de volume depuis l'opération, le néoplasme ayant surtout progressé du côté du vagin et de la vessie.

Les fils à ligature sont bien exactement aux points où l'on avait voulu les placer au cours de l'opération et l'on peut constater les rapports typiques des uretères et des artères utérines au niveau des fossettes ovariennes.

L'injection réplétive, faite à la gélatine par l'artère fémorale droite après ligature de la gauche et de l'aorte avant sa division, a rempli le système des utérines mais sous une faible pression et rien ne s'est échappé par l'utérus ou le vagin.

L'hémostase de l'utérus n'a donc pas été complètement obtenue, le sang refluait par les artères des ligaments ronds, la branche antérieure de la spermatique interne droite et les artères du vagin.

Fait assez curieux, les artères des ligaments ronds laissées perméables n'ont subi aucune augmentation de volume, contrairement à ce qu'on aurait pu supposer. L'hémostase au bout de sept mois est restée ce qu'elle était au moment de l'opération.

Un point intéressant à noter sur cette pièce est que l'oblitération vasculaire, obtenue par une ligature directe faite avec une soie aseptique, est limitée aux points serrés, sans caillot, ni oblitération au voisinage même de la ligature (1).

---

(1) Ce fait, que l'on retrouve signalé dans notre observation III, est la confirmation sur l'homme des recherches expérimentales de Duplay et

Ce cas est, croyons-nous, le premier où l'on ait méthodiquement lié, dans la continuité, les artères utérines à leur origine, en suivant un procédé réglé, comme lorsqu'on opère la ligature d'une artère d'un membre.

Le point de repère, pour pratiquer cette ligature, est le rapport constant, invariable, que présente l'artère utérine avec l'uretère au niveau de la fossette ovarienne rapport indiqué par Gubaref, par Farabeuf et déjà utilisé chirurgicalement par Rumpf, dans un cas où il voulait faire, par l'abdomen, l'ablation d'un cancer étendu, liant les utérines comme premier temps opératoire (1).

L'artère hypogastrique, appliquée contre la paroi osseuse du bassin, en arrière de l'uretère ou en partie recouverte par celui-ci, émet trois branches antérieures, l'obturatrice, l'ombilicale et l'utérine qui se dégagent au-devant de l'uretère, sous le péritoine qui tapisse le fond de la fossette ovarienne.

L'utérine, qu'elle naisse tout au bas, isolément, ou par un tronc commun avec l'ombilicale, apparaît toujours, à un moment donné, au-devant du conduit urinaire. Celui-ci constitue donc un repère excellent pour la recherche de l'artère à son origine (voir fig. 1). Lorsque l'on aura quelques hésitations, en voyant deux vaisseaux, on les liera tous deux ou on liera le tronc commun utéro-ombilical. On ne risquera jamais, par une incision faite dans la fossette ovarienne, d'aborder l'obturatrice, plus élevée et plus pariétale que les deux artères que nous venons de mentionner.

Ceci dit sur les données anatomiques qui doivent guider le chirurgien dans son opération, voyons comment on peut l'exécuter :

Nous avons opéré de la manière suivante : La malade étant placée dans la position élevée du bassin, on fait une incision médiane sous-ombilicale commençant à un centimètre et demi

---

LAMY (Cicatrisation des artères à la suite de ligatures dans la continuité. *Archives générales de médecine*, Paris, 1897, t. II, p. 513).

(1) RUMPF. Vorgeschnittenes Carcinoma Uteri durch Laparotomie extirpirt. *eitsçhr. f Geb. u. Gyn.*, Stuttgart, 1895, t. XXXIII, p. 212.

au-dessus du pubis et se terminant à 1 centimètre au-dessous de l'ombilic. Maintenant les intestins sous des compresses stérilisées et écartant, avec des rétracteurs, les lèvres droite et gauche de la plaie, on relève l'ovaire avec une pince de

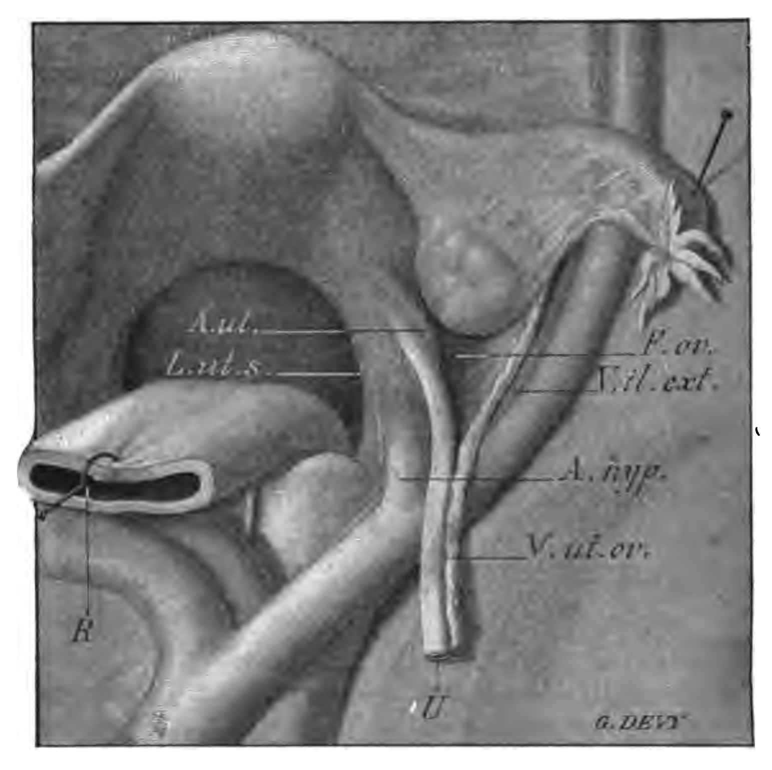


FIG. 1. — La malade est placée dans la position élevée du bassin à 45°. La figure montre les rapports de l'utérine avec l'uretère dans la fossette ovarienne.

Museux et l'on met ainsi sous les yeux la fossette ovarienne. A son niveau, au-dessous du psoas, l'uretère se voit par transparence. Parallèlement à lui et un peu en avant, on fait, dans la fossette ovarienne, une incision péritonéale de quelques centimètres. Saisissant entre les mors de deux pinces à longues branches les lèvres de l'incision faite à la séreuse, il suffit de

décoller un peu le péritoine avec la sonde cannelée et de le rejeter en arrière pour trouver, à 3 centimètres environ au-dessous du détroit supérieur, l'artère utérine et l'ombilicale au moment où ces vaisseaux se dégagent au-devant de l'uretère.

Rien n'est plus simple, une fois l'artère reconnue, que de passer avec une aiguille de Cooper un fil au-dessous d'elle et de la lier. Quelques points de soie fine réunissent ensuite le péritoine, assez lâchement pour ne pas comprimer l'uretère sous-jacent, puis l'abdomen est refermé suivant le mode habituel.

OBS. II. — *Ligature de l'utérine droite au niveau de la fossette ovarienne; ligature de l'utérine gauche par dédoublement du ligament large.* — D..., 45 ans, lingère, entre le 2 octobre à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le professeur Terrier, suppléé par M. Hartmann. Elle est atteinte d'un cancer du corps et du col de l'utérus avec envahissement des deux gaines hypogastriques.

Opération, le 15 octobre 1897, par M. HARTMANN, assisté de MM. Fredet et Chauvet. — Position élevée du bassin. Incision médiane sous-ombilicale. Le corps utérin est gros et vasculaire ; il est fixé par des adhérences qui, en arrière, oblitèrent en partie le cul-de-sac postérieur et qui, d'autre part, réunissent sa partie antéro-latérale droite à la paroi du bassin.

A gauche, tendant le ligament rond et écartant la trompe en arrière, nous faisons sur la dépression qui sépare l'aileron antérieur de l'aileron moyen du ligament large une incision longitudinale. Puis décollant le contenu du ligament large de son feuillet antérieur, nous arrivons, après quelques difficultés, à reconnaître l'artère utérine que nous lions. Le volume de l'utérus, les adhérences du cul-de-sac postérieur avaient gêné pour obtenir l'écartement large des feuillets du ligament large, si utile pour lier l'utérine par ce procédé.

Aussi pour le côté droit, revenons-nous au procédé qui nous avait si bien réussi dans notre première opération et lions-nous avec la plus grande facilité le tronc commun de l'utérine et de l'ombilicale au niveau de la fossette ovarienne.

L'opération est terminée par un curettage utérin. Les suites ne présentèrent rien de particulier et la malade quitta l'hôpital le 11 novembre 1897.

Nous n'avons pas eu de ses nouvelles depuis cette époque.

Dans cette deuxième observation, la ligature isolée des utérines a été pratiquée des deux côtés ; à droite, suivant le même procédé que dans notre première opération, ligature au niveau de la fossette ovarienne ; à gauche, suivant un autre procédé, dans la première partie de son parcours à travers le ligament large. De ce côté, nous avons suivi la technique indiquée

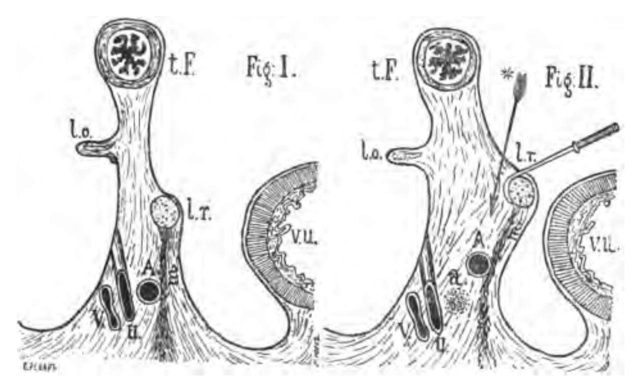


Fig. 2. — Cette figure est la reproduction exacte de celle d'Altucheff. Les deux dessins représentent une coupe verticale antéro-postérieure du ligament large passant vers le milieu de la longueur de la trompe (*l. o.*, ligament de l'ovaire ; *t.* F., trompe de Fallope ; *l. r.*, ligament rond ; *m*, cloison formant une sorte de mésentère au ligament rond ; V., veine utérine ; U., uretère ; A., artère utérine ; *v. u.*, vessie urinaire). — A gauche, la figure I montre les parties en place ; à droite la figure II montre qu'en attirant en avant le ligament rond on entraîne avec lui son mésentère et l'artère utérine qui, normalement en *a*, vient, après traction en avant du ligament rond, se placer en A. Pour atteindre l'artère on suit le trajet indiqué par la flèche.

par Altucheff (1), technique déjà expérimentée sur le vivant par Snéguireff et Goubareff.

Le procédé d'Altucheff repose, d'après lui, sur les notions anatomiques suivantes : Il existe dans l'épaisseur du ligament large une sorte de cloison qui monte de sa base au ligament rond,

(1) Altucheff et Snéguireff. Eine neue Methode der Unterbindung der Arteriæ uterinæ per Laparotomiam. *Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynækologie*, Berlin, 1896, t. III, p. 453.

doublant le feuillet antérieur du ligament large. L'artère utérine est adhérente à cette sorte de cloison et la suit lorsqu'on l'attire en avant (voir fig. 2).

Pour faire la ligature de l'utérine par ce procédé, relevant en haut la trompe, on attire le ligament rond en avant; parallèlement à celui-ci et immédiatement en arrière de lui, on fait une incision de 3 centimètres environ dont l'extrémité externe s'arrête à 1 centimètre de la ligne innominée (voir fig. 3).

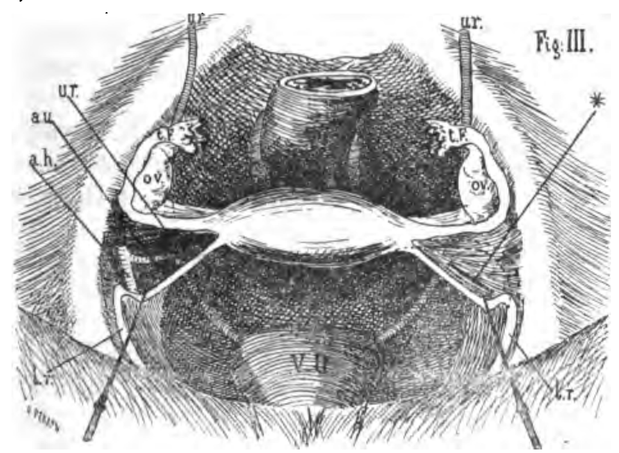


FIG. 3. — Cette figure, reproduite d'après Altucheff, montre vus d'en haut les organes du petit bassin; l'utérus, la trompe et l'ovaire sont en place, le ligament rond est attiré en avant par un crochet, sa situation normale se trouvant indiquée par un pointillé à gauche. Incision du ligament large à gauche; à droite on voit le contenu du ligament large; *a. h.*, artère hypogastrique; *a. u.*, artère utérine; *u. r.*, uretère.

On pénètre alors dans l'épaisseur du ligament large, suivant avec la sonde cannelée son feuillet antérieur qui, renforcé par « le mésentère cellulaire du ligament rond », donne un point d'appui assez résistant. A une profondeur de 12 à 16 millimètres on tombe sur l'artère utérine; cette artère reconnue, rien n'est plus aisé que de la lier plus ou moins haut. L'uretère reste au-dessous et en arrière de l'artère ; on ne peut l'intéresser.

Ce procédé nous a paru simple sur le cadavre ; il a présenté quelques difficultés dans le cas où nous y avons eu recours sur le vivant.

Obs. III. — *Ligature de l'hypogastrique droite, du tronc ombilico-utérin gauche, des deux cordons utéro-ovariens et du ligament rond droit.* — L..., 39 ans, entre le 6 août 1897 dans le service de M. le professeur Terrier, suppléé par M. Hartmann.

Réglée à 13 ans. Menstruation régulière, peu abondante, non douloureuse, d'une durée habituelle de quatre à cinq jours.

Depuis cinq à six ans, les règles ont cessé d'être régulières et ont même disparu pendant treize mois. A eu deux enfants vivants et une fausse couche.

La femme se sent malade depuis quatre à cinq mois. Elle a éprouvé d'abord de petites douleurs dans le côté gauche de l'abdomen, accompagnées de légères pertes rouges non fétides. Mais, les règles, à proprement parler, n'existaient point.

Il y a quatre mois, elle a eu une série d'hémorrhagies, débutant par l'émission de caillots noirâtres. Les pertes sanguines qui suivaient, étaient très abondantes mais sans durée.

En mai 1897, elle a été soignée à Lyon par M. Goullioud qui lui a fait un curettage. Elle est restée à l'hôpital jusqu'au 16 juin, mais, n'a pas cessé de perdre après son opération. Cependant les pertes, qui étaient fétides auparavant, ne l'étaient plus au moment de la sortie de l'hôpital. Huit jours après, de vraies hémorrhagies se reproduisent et continuent. Elle entre à l'hôpital Bichat en août 1897, pour ces hémorrhagies, accompagnées de pertes de matières sanieuses très fétides et pour des douleurs qu'elle éprouve depuis quelques jours dans le bas-ventre.

État assez cachectique.

État actuel. — Toucher vaginal : le doigt pénètre dans un entonnoir bourgeonnant, ulcéré, rempli de matières horriblement fétides et se terminant par une sorte de cul-de-sac qui représente peut-être le col. Les bourgeons qui forment la paroi de l'entonnoir se propagent sur la paroi vaginale antérieure. Ils ont également envahi les culs-de-sac latéraux et postérieur et s'étendent aux parois correspondantes du vagin.

La main abdominale ne sent pas nettement les limites de l'utérus. Mais on lui renvoie par le doigt vaginal, une masse qui s'élève jusqu'à deux ou trois doigts de l'ombilic. A droite et à gauche de cette masse,

on peut pénétrer dans les fosses iliaques, mais difficilement dans l'excavation pelvienne. On ne sent pas de ganglions.

L'examen au spéculum montre nettement le bourgeon néoplasique. On essaie en vain d'engager une sonde en gomme, il est impossible de trouver l'orifice du col.

Opération le 11 août 1895, par M. Hartmann, aidé de MM. Fredet, Chauveau, Chauvet. Chloroforme par M. Boureau.

La malade a été préparée les jours précédents : bains, purgation, désinfection du vagin par des lavages répétés au permanganate de potasse.

Position élevée du bassin.

L'opérateur se place à droite de la patiente. Laparotomie médiane, sous-ombilicale, étendue du pubis à l'ombilic.

Les intestins étant recouverts par une compresse, et les lèvres de la paroi écartées, on constate l'existence d'une ascite peu abondante dans le pelvis. L'utérus n'est pas très volumineux, pour ce qui est du corps. Il est en position normale. En le prenant entre les doigts, d'avant en arrière, on sent son élargissement dès la partie inférieure du corps et au niveau du col, là où se trouve le néoplasme.

1° Les annexes du côté gauche sont attirées en haut et en avant, pour dégager la fossette ovarienne. On aperçoit, sous le péritoine, l'artère iliaque externe, l'uretère reconnaissable à sa couleur jaunâtre, à sa direction, à ses contractions rythmiques, croisant l'artère iliaque externe à son origine, au moment où il pénètre dans le bassin. Au-dessous, on voit le tronc de l'artère hypogastrique. Le péritoine est incisé sur ce tronc, dans une étendue de 3 centimètres environ ; l'uretère est décollé et rejeté en haut. Le tronc est dénudé et lié au moyen d'un fil de soie. Suture du péritoine, par-dessus, au moyen d'un surjet à la soie fine.

2° Du côté droit, on reconnaît de même l'artère iliaque externe et l'uretère. On voit à 3 ou 4 centimètres environ, au-dessous de l'orifice supérieur du bassin, un tronc artériel qui croise l'uretère, plus profond que celui-ci, et qui se place au-devant de lui, c'est-à-dire en haut. Ce tronc représente certainement l'artère ombilicale et l'artère utérine pour le moins, car on peut suivre sous le péritoine deux branches qu'il émet et les voir se diriger vers la base du ligament large.

Le péritoine est incisé à ce niveau, l'uretère décollé et attiré en haut, de façon à prendre le vaisseau près de son origine avant son point de croisement avec l'uretère. Ce vaisseau est dénudé, lié à la soie. Suture péritonéale en surjet à la soie fine.

3° Le pédicule vasculaire utéro-ovarien droit, est lié en masse à l'aide d'un fil de soie passé avec une aiguille de Reverdin sous le cordon vasculaire au moment de sa pénétration dans le petit bassin.

4° Même opération du côté gauche.

5° Ligature du ligament rond du côté droit avec un fil de soie passé sous le ligament rond avec l'aiguille de Reverdin. Le ligament rond gauche a été laissé intact.

Suture de la paroi en 3 plans, 1 péritonéal, surjet à la soie fine; 1 aponévrotique, points séparés à la soie; 1 superficiel, crins. Pansement à la gaze aseptique. Il est à remarquer qu'au cours de cette opération on n'a été gêné à aucun moment par les veines.

Suites immédiates. — Le jour de l'opération la malade va bien et ne souffre nullement.

Douches vaginales au sublimé 3 fois par jour. La malade continue à perdre un liquide ichoreux et fétide dans les premiers jours. Mais, rapidement, ces pertes disparaissent presque complètement. La femme signale elle-même ce fait et observe que le suintement a cessé d'être fétide.

1er septembre 1897. Les pertes ont presque entièrement disparu. A l'examen au spéculum, on est frappé de voir la diminution de la masse bourgeonnante.

L'entonnoir a diminué d'étendue et est beaucoup moins irrégulier. Toutefois, le toucher le fait saigner, et le doigt explorateur revient chargé de matières assez fétides mais peu, en comparaison de ce qu'elles étaient avant l'opération.

Poids de la malade le 1er septembre, 34 kilogr. Aspect cachectique.

Éloignées. — Cette amélioration immédiate n'a pas été durable. Les hémorrhagies se sont reproduites progressivement et ont été si considérables qu'on a dû, à la fin de septembre, enlever à la curette la masse bourgeonnante dans toute l'étendue possible. Les hémorrhagies se sont arrêtées de nouveau, et la malade s'est trouvée suffisamment bien au bout de quelques jours pour quitter l'hôpital.

La masse néoplasique n'avait pas été enlevée au moment de l'opération afin de se rendre compte de l'effet produit sur elle par la ligature. Il est évident que la ligature des iliaques internes ou de leurs branches viscérales même combinée à celle des autres pédicules vasculaires de l'utérus, est insuffisante pour assurer l'hémostase de cet organe.

Vers la fin de l'année 1897, cette malade rentre dans le service où elle succombe le 10 janvier 1898.

Autopsie. — Il ne reste qu'un tronçon du fond de l'utérus ; le vagin est envahi en totalité, la vessie atteinte ; les uretères sont comprimés, notamment le droit qui a subi une forte dilatation.

Le péritoine est parsemé de granulations cancéreuses, des ganglions énormes et nombreux remplissent en partie le bassin.

Les ligatures sont exactement aux points où l'on avait voulu les placer pendant l'opération sur le vivant.

Du côté droit, le tronc commun de l'ombilicale et de l'utérine est oblitéré par une ligature. L'injection réplétive, poussée par la fémorale, n'a pas pénétré ces vaisseaux probablement par suite de la compression qu'exercent sur eux l'ovaire et des ganglions dégénérés ; car leur lumière est perméable en-deçà et au delà de la ligature ; il n'y a en effet, ni caillot, ni oblitération des vaisseaux en dehors du point enserré par la ligature.

Du côté gauche la ligature n'a oblitéré également l'iliaque interne que sur une étendue très limitée. Le sang a reflué dans le territoire de cette artère par les vaisseaux extra-pelviens qui présentent un développement considérable. L'utérine gauche est très injectée et volumineuse.

On retrouve les ligatures des deux cordons vasculaires utéro-ovariens et d'un ligament rond. L'artère du ligament rond, laissée intacte est dilatée à l'origine, mais cette augmentation de calibre cesse dès le milieu du ligament rond.

L'injection réplétive, poussée par la fémorale, après ligature de l'aorte au-dessus de sa bifurcation, a fui par l'utérus et le vagin, bien qu'elle ait été faite sur une faible pression.

De ces trois observations on peut, croyons-nous, tirer quelques conclusions.

1° La ligature de l'utérine est supérieure à celle du tronc de l'hypogastrique pour anémier l'utérus.

2° La ligature de l'utérine à son origine dans la fossette ovarienne ou sa ligature dans l'épaisseur du ligament large, suivant le procédé d'Altucheff, est une opération non seulement praticable, mais encore réglée, tout comme une ligature d'artère des membres.

3° Ces diverses ligatures diminuent temporairement les écoulements mais ne paraissent pas modifier, d'une manière évidente, la marche du néoplasme.

Les deux premières conclusions nous semblent défier toute critique. Quant à la troisième, c'est celle qui découle de nos trois observations. Elle trouve sa confirmation dans une série d'autres faits. Tel un fait de Krug qui vit, à la suite de la ligature des utérines, les hémorrhagies s'arrêter, bien que le néoplasme continuât son évolution (1). Il en a été de même dans un fait inédit que nous a communiqué W. B. Dorsett (de Saint-Louis, U. S. A.).

OBS. IV. — Femme de 48 ans, ayant eu quatre enfants et venant consulter pour des hémorrhagies profuses, résultant d'un cancer du col trop étendu pour permettre une opération radicale.

Le 15 août 1895 Dorsett fait la ligature des utérines. Les hémorrhagies s'arrêtent, mais il se produit une désintégration rapide de la tumeur et la malade meurt cachectique deux mois après l'opération.

Même arrêt des hémorrhagies, même continuation de l'évolution du néoplasme dans un fait de Baumgärtner.

Seuls deux faits de Baumgärtner (2) et un de Tuffier (3) semblent établir que, dans des cas exceptionnels, la ligature des utérines peut amener la régression d'un néoplasme cancéreux. Encore est-il juste d'ajouter que dans un des deux cas de Baumgärtner il y avait eu, en même temps qu'une ligature des utérines, un évidement du col suivi pendant quelque temps d'applications sur la plaie de chlorure de zinc au dixième et que la malade succomba deux ans après l'opération, avec des signes de sténose intestinale sans que le chirurgien ait pu l'examiner à cette époque et ait constaté l'absence de toute récidive locale. Dans le deuxième de Baumgärtner la malade n'a pas été revue, si bien que le fait de Tuffier reste isolé jusqu'ici et se présente à nous comme un cas anormal.

(1) KRUG. Communication à la séance du 5 décembre 1893 de la *New-York obstetrical Society*, publiée in *The New-York Journal of gyn. and obst.*, février 1894, t. IV, p, 180.

(2) BAUMGÆRTNER. Zur Operation deservix carcinomes. *Verhandlungen des deutschen Gesellschaft für Gynækologie*, 2e Congrès tenu à Halle, mai 1888.

(3) TUFFIER. Essai sur les ligatures vasculaires dans les tumeurs inopérables et dans certaines infections. *Onzième congrès français de chirurgie*, Paris, 1897, p. 192.

La ligature des utérines dans le cancer inopérable n'en reste pas moins une opération qui peut trouver son indication comme complément des autres opérations palliatives, en particulier du curettage suivi de cautérisation et de tamponnement iodoformé, lorsque les hémorrhagies occupent la place principale dans le cortège symptomatique. Dans l'avenir, en présence d'un néoplasme malin de l'utérus, *nous chercherons à supprimer tout apport vasculaire,* nous rappelant que la ligature des deux utérines est plus efficace que celle des deux hypogastriques et y adjoignant la ligature des deux utéro-ovariennes et des deux ligaments ronds. (*A suivre.*)

LES SYMPHYSÉOTOMIES QU'ON NE FAIT PAS

Par le Dr **Queirel** (de Marseille).

Sous ce titre, en apparence paradoxal, je veux dire qu'un des grands bienfaits de la symphyséotomie, acceptée comme méthode générale, est de pouvoir au dernier moment s'en dispenser. On bénéficie ainsi des surprises heureuses, jamais assez fréquentes d'ailleurs, d'un accouchement spontané à terme. On pourrait en dire autant de l'opération césarienne si, quelque préférence qu'aient pour elle ses partisans, elle n'était pas plus grave que la section pubienne. Je ne parle pas de la basiotripsie qui suppose le fœtus mort; car il n'est plus permis aujourd'hui d'en faire le sacrifice de propros délibéré.

Quand on est partisan de l'accouchement provoqué prématurément, on est obligé de prendre son parti : soit au 8e, soit même au 7e mois de la grossesse, suivant le degré d'angustie. Dans ce dernier cas, c'est une méthode qui trouve peu d'adeptes.

Quand, au contraire, on est décidé à pratiquer la symphyséotomie à terme, au moment du travail, il peut arriver que la femme accouche spontanément et l'on se réserve une chance qui n'est pas de moindre importance pour la mère et pour l'enfant. J'ai été plus particulièrement frappé de ces faits l'an passé.

En effet, dans 17 cas, où pour des bassins rétrécis, j'allais

intervenir, chez des femmes entrant en travail ou chez lesquelles j'avais laissé aller sciemment la grossesse à terme, me proposant de le faire par l'agrandissement momentané du bassin, suivant l'allure du travail, ces femmes ont accouché spontanément ou par une application insignifiante de forceps.

Obs. I. — P. J..., 17 ans, Ipare, à terme, P.S.P. 10 centimètres, tête non engagée.

Au début du travail, ballon de Champetier, dans le vagin, en vue de la symphyséotomie. Mais si le travail a duré trente-six heures, on a pu suivre tous les temps de l'engagement, dans la filière pelvienne, de la tête en T.G.; on enlevait le ballon pour pratiquer le toucher de temps en temps. Accouchement spontané. Fœtus 2,100 grammes. B. p. 8 1/2. Mère et enfant sortent le douzième jour.

Obs. II. — M. L..., 20 ans, IIpare, à terme. Premier accouchement spontané à 8 mois, albuminurie légère. P.S.P. = 9; O.I.D.P. non engagée. On se prépare pour la symphyséotomie.

L'engagement a lieu après la rupture spontanée des membranes. Le travail a duré 8 heures. Fœtus 2,500. B. p. = 8. Femme et enfant sortis le douzième jour.

Obs. III. — A. C..., 28 ans, Ipare, à terme. P.S.P. = 10; O.I.D.P. non engagée. Après la rupture des membranes, la tête ne s'engageant pas, on met le ballon dans le vagin en vue de la symphyséotomie. A dilatation complète, changement à vue, le sommet s'engage et l'accouchement spontané a lieu, après 12 heures de travail. Fœtus 3,000; B.P. = 9. Mère et enfant sortent le douzième jour.

Obs. IV. — P. M..., 32 ans, Ipare, à terme. P.S.P. = 10. O.I.G.A. engagée, fœtus 2,400; B. p. = 8. Mère et enfant sortent, bien, le douzième jour.

Obs. V. — L. C..., 27 ans, IIIpare, P.S.P. = 11. Deux accouchements antérieurs normaux; à terme actuellement. M.I.D.T. Forceps pour amener le menton sous le pubis. Dégagement spontané. Fœtus 3.600; B. p. = 9 1/2. Mère et enfant sortent, bien, le douzième jour.

Obs. VI. — S. M..., 16 ans, Ipare, entre en travail, à terme, la tête mobile au-dessus du détroit supérieur. P.S.P. = 11.

Pendant le travail, le sommet s'engage en O.I.D.P. On suit les phases de l'engagement. Fœtus 3,200. B. p. = 9. Mère et enfant sortent, bien, le douzième jour.

Obs. VII. — M. J..., 25 ans, Ipare, à terme, entre en travail. O.I.G.P. Membranes intactes. Mal de Pott ancien. Scoliose à gauche. Les fausses

côtes droites touchent presque la crête iliaque. Taille 1m. 35. Extérieurement le bassin paraît normal. Mi-sacro-pubien 11, ischions rapprochés ; bassin scolio-cyphotique. Dilatation très lente. Le sommet appuie pourtant fortement. A dilatation complète, rupture artificielle des membranes. L'occiput tourne en arrière. Forceps au détroit inférieur. Dégagement en O.S. Fœtus 3,100. B. p. = 9 1/2. Mère et enfant sortent, bien, le douzième jour.

Obs. VIII. — G. A..., 28 ans, Ipare, à terme, O.I.G.A. mobile au détroit supérieur, jusqu'à la dilatation complète. Rupture artificielle des membranes. Engagement. Expulsion spontanée. P.S.P. 10 1/2. Le fœtus pèse 2,680. B. p. = 7. La mère sort, bien, le quatorzième jour. L'enfant, passé au biberon, y meurt le sixième jour de pneumonie.

Obs. IX. — D. M..., 39 ans. L'accouchement précédent (c'est une IIpare) avait nécessité la basiotripsie Elle était arrivée à la Maternité avec un enfant mort, poche des eaux rompue. P.S.P. = 9. Elle est à terme. La tête mobile au détroit supérieur en O.I.G.A. On prépare tout pour la symphyséotomie. A dilatation complète, rupture spontanée de la poche des eaux. Engagement. Expulsion spontanée d'un enfant de 3,560. B. p. = 9 1/2. Mère et enfant sortent, bien, le douzième jour.

Obs. X. — B. M..., 27 ans, Ipare, à terme. Bassin aplati. P.S.P. = 10 1/2. La tête mobile d'abord s'engage en O.I.G.T. A la vulve, elle est arrêtée par une bride de l'hymen. Section de cette bride. Forceps à cause du ralentissement des bruits du cœur. Fœtus 3,300. B. p. = 9. Mère et enfant sortent, bien, le douzième jour.

Obs. XI. — B. M..., revient cette année le 21 mai 1897 accoucher dans le service. Le sommet se présente en O.I.D.T. L'accouchement, quoique long, se termine spontanément. L'enfant pèse 3,350. Mère et enfant sortent, bien, le douzième jour.

Obs. XII. — R. S..., 22 ans, IIpare, à terme. P.S.P. = 9 1/4. O.I.D.P. non engagée, procidence du cordon. La poche des eaux intacte. On prépare tout pour la symphyséotomie. A dilatation complète, rupture spontanée des membranes. Le cordon descend dans le vagin. Pendant qu'on m'envoie chercher, l'interne cherche à refouler le cordon, il ne peut y arriver et je trouve un enfant mort expulsé spontanément. Il pesait 2,850. B. p. = 9. Femme sort, bien, le douzième jour.

Obs. XIII. — C. M..., 24 ans, IIpare, accouchement antérieur terminé péniblement par le forceps. Enfant mort, P. S. P. = 10 1/2. Cette fois, la tête s'engage au dernier moment en O. I. G. A. et l'accouchement a lieu spontanément. Fœtus 3,470. B. p. = 9. La femme et l'enfant

sortent, bien, le vingt-cinquième jour. Cette femme avait eu la variole au sixième mois de sa grossesse.

Obs. XIV. — B. P..., 30 ans, VI pare, à terme. P. S. P. = 10 M. I. D. T. A son premier accouchement l'enfant se présentait aussi par la face et il succomba aux manœuvres. Deuxième, troisième, quatrième accouchements, enfants vivants, cinquième grossesse, avortement à 2 ou 3 mois. Actuellement la face est àu-dessus du détroit supérieur; mais elle s'engage à dilatation complète et tourne normalement. Fœtus 3,320. B. p. = 9 1/2. S. M. B. = 9. Mère et enfant sortent, bien, le treizième jour.

Obs. XV. — M. A..., 20 ans, Ipare, à terme. P. S. P. = 10 1/2. Le 20 février 1897, on constate une A. I. G. de l'épaule droite. Deux jours après, c'est un sommet, non engagé, avec procidence d'une main. Le surlendemain, la procidence se corrige pendant le travail. Le sommet est au détroit supérieur, en O. I. G. A., en flexion très prononcée. Puis il se déplace en O. I. G., incliné sur le pariétal antérieur, enfin engagement complet. Forceps à la vulve pour résistance du périnée. Fœtus 2,600. B. p. = 9 1/2. Mère et enfant sortent, bien, le douzième, celui-ci pesait 3,250 à sa sortie.

Obs. XVI. — A. G. ., 17 ans (je crois qu'elle n'en a que 15), Ipare, taille 1 m. 36, poids 39 kilogr. P. S. P. = 8 1/2. M. S. P. = 11, entre à la Maternité au septième mois, avec quelques douleurs. Tête au-dessus du détroit supérieur, mobile en O. I. G. T.; repos, lavement au laudanum. Les contractions s'arrêtent. A terme, même état; le sommet est toujours mobile à l'hypogastre. On prépare tout pour la symphyséotomie; car au début du travail la tête ne descend pas. Ce n'est qu'à la dilatation complète qu'elle s'engage, fortement inclinée sur son pariétal postérieur. Expulsion spontanée d'un fœtus de 2,270. B. p. = 8. Mère et enfant sortent, bien, le quinzième jour. Ce dernier pesait à sa sortie. 2,480.

Obs. XVII. — P. A..., IIpare, 17 ans, P. S. P. = 10 1/2. Le premier accouchement a lieu à la clinique en 1896, elle n'avait que 15 ans. Elle était à terme; le travail a duré 24 heures. On avait tout préparé pour la symphyséotomie; quand, à la dilatation complète, la tête s'est engagée et a permis l'expulsion spontanée d'un fœtus de 2,200. Actuellement elle est à terme. Le sommet se présente en O. I. D. T., mobile au détroit supérieur. A dilatation complète, on perce les membranes et la tête s'engage. Durée totale du travail 12 heures. Accouchement spontané d'un fœtus de 3,600 qui, à la sortie de la mère, pèse 4,000, le treizième jour.

Ainsi donc, voilà 17 cas où je me proposais de faire la symphyséotomie et où je n'ai pas eu à intervenir. Quoique plus partisan de cette opération que le très distingué accoucheur de Saint-Louis M. Bar, je me suis trouvé logé à la même enseigne que lui en 1893.

« Sur 2,000 accouchements, disait-il au congrès de la Société « obstétricale de France, je n'ai pu encore faire une symphyséo- « tomie ! Toutes les fois que je voulais la faire, la femme accou- « chait seule. » Depuis, notre honorable et savant confrère en a fait plusieurs et nous aussi ; mais enfin cet aveu dénué d'artifice, me semble un plaidoyer en faveur de l'expectation contre l'accouchement prématuré artificiel.

Je sais bien que le problème est très complexe et je ne veux pas l'aborder dans tous ses points. Je sais bien qu'avant de se décider à intervenir prématurément, on s'inquiète non seulement des dimensions du bassin que l'on peut connaître, à 2 ou 3 millimètres près, mais encore du volume de la tête. D'aucuns la mesurent et apprécient même son degré d'ossification. Sont-ils sûrs cependant que cette tête passera, sans danger pour le fœtus et même pour la mère, dans une filière pelvienne connue ?

Et pour favoriser ce passage n'agiront-ils pas trop tôt ? Il semble déjà, même chez les partisans les plus déclarés de l'accouchement provoqué, y avoir une réaction pour reculer le plus possible l'intervention ; et, cette symphyséotomie qu'au début on craignait de pratiquer dans les bassins précisément au-dessous de 8 centim., ils la réservent à présent pour des bassins précisément qui n'atteignent pas cette dimension. Je n'apprendrai à personne qu'il existe des faits rares, mais indiscutables, où des fœtus volumineux ont passé vivants par des anneaux osseux de 6 centimètres. M. Guéniot, dans le compte rendu de sa pratique pour l'année 1893, a un fœtus de 4.000 gr. qui a passé par une filière de 7,7. Dans 60 bassins viciés, il a compté 25 accouchements spontanés dont 10 à terme.

Dans le fonctionnement de la clinique Baudelocque 1896, je trouve pour cette dernière année seulement, 95 bassins viciés de femmes dont 68 accouchèrent spontanément, soit 71,5 p. 100.

68 femmes dont on n'a pas voulu interrompre la grossesse et où le maître distingué qui est à la tête de ce service n'a pas eu besoin d'intervenir, quelque goût qu'il ait pour la symphyséotomie.

Le tableau que nous donne Lepage de ces cas particuliers est très suggestif. J'y trouve, en effet, sur 48 femmes arrivées à terme, 36 parturientes qui, avec des enfants de 3,000 gr. au moins et de B.P. de 9 centim. minimum, ont eu des couches spontanées et heureuses.

Femmes à terme, à bassins rétrécis, ayant accouché spontanément. (CLINIQUE BAUDELOCQUE.)

PRIMIPARES

Nos D'ORDRE	P.S.P.	POSITION DU SOMMET	POIDS DU FŒTUS	BIPARIÉTAL	ÉTAT DE L'ENFANT	OBSERVATIONS
1	Angle accessible	D.P.	3.350	9.7	Viv.	
2	11 cm.	D.T.	3.000	9	»	
3	10.6	G.A.	3 170	9.2	»	
4	10.2	G.A.	3.500	9.5	»	
5	10.7	D.P.	3.370	9.5	»	
6	10.8	G.A.	3.900	9.1	»	
7	Angle accessible	G.A.	3.480	?	Mort	Femme arrivée procidence cordon.
8	10.1	G.T.	3.000	9	Viv.	Œdème intense. Albuminurie.
9	10	G.T.	3.570	9.9	»	
10	Double luxation congénitale	G.A.	3.250	9.2	»	
11	10.3	G.P.	3.300	9.3	»	
12	10.2	G.A.	3.070	9.2	»	
13	11	G.T.	3.200	9.9	»	

MULTIPARES

Nos D'ORDRE	P. S. P.	POSITION DU SOMMET	POIDS DE L'ENFANT	BIPARIÉTAL	ÉTAT DE L'ENFANT	OBSERVATIONS
14	10.8	D.P.	3.550	9.5	Viv.	II Procidence main gauche.
15	10.8	G.A.	3.370	9.8	»	IV p .d'une main.
16	11	D.P.	3.220	9.5	»	II p.
17	10.5	D.T.	3.600	9.5	»	V p.
18	10.6	G.A.	3.300	?	»	II p.
19	Angle accessible	D.T.	3.850	9.8	»	IV p.
20	Bassin vicié	G.A.	3.280	9	»	II p.
21	10.5	D.P.	3.820	10.1	»	V p.
22	10.9	G.A.	3.700	9.6	»	II p.
23	10.8	D.P.	3.150	9.8	»	III p.
24	Scoliocyphotique	G.T.	3.200	9	»	IV p.
25	10.5	G.A.	3.150	9.7	»	IV p.
26	10.5	G.A.	3.200	9.6	»	III p.
27	10	D.T.	3.570	9.4	»	III p. Procidence du cordon.
28	Angle accessible	D.P.	3.900	10	»	III p.
29	10.3	D.P.	3.800	9.7	»	III p.
30	10.8	G.A.	3.500	9.5	»	IV p.
31	10.3	G.T.	3.085	9	»	V p.
32	9.8	D.P.	3.130	9.1	»	VI p.
33	Scoliocyphotique	G.A.	3.050	9.4	»	II p.
34	9.9	D.P.	3.410	10	»	Présent.
35	Angle accessible	D.P.	3.060	9.5	»	II p.
36	10.6	D.T. fesses	3.050	»	»	Présentation du siège fesse.

De même dans le fonctionnement de la Maternité de Tenon,

M. Champetier de Ribes compte, pour l'année 1896 : 42 femmes (16 primipares, 26 multipares) sur 52 ayant un bassin rétréci, accouchées spontanément d'enfants vivants, soit 80,75 p. 100. De ce compte rendu, nous avons extrait 18 femmes qui étaient dans les mêmes conditions que les 36 précédentes, savoir :

Nos D'ORDRE	P. S. P.		POIDS DE L'ENFANT	ÉTAT DE L'ENFANT	OBSERVATIONS
		SIX PRIMIPARES			
1	11	......	3520	vivant.	
2	Bassin vicié.	......	3010	»	
3	11	......	3150	»	
4	10.8	......	3390	»	Mort 12 h. après dans convulsions.
5	Angle accessible.	......	3180	»	
6	11.2	......	3130	»	
		DOUZE MULTIPARES			
7	10	G.T.	3.000	Vivant.	V p. 2 accouts provoqués 1 à 7,1 à 8,1 basiotripsie, 1 symphyséotomie.
8	11 faux promontoire.	G.A.	3.000	»	III p.
9	11	G.A.	3.610	»	VIII p.
10	10,5	G.A.	3.910	»	X p.
11	11	G.A.	3.850	»	III p.
12	Coxalgie.	G.A.	3.300	»	IV p. bassin rétréci à droite.
13	11	G.T.	3.130	»	IX p.
14	11	D.P.	3.430	»	II p.
15	Angle accessible.	D.P.	3.380	»	V p.
16	»	D.P.	3.470	»	IV p.
17	9,5	D.T.	3.150	»	II p.
18	10,5	D.T.	3.620	»	

Sans doute on m'objectera que les femmes dont il s'agit dans les tableaux précédents n'avaient que des rétrécissements moyens. A cela je répondrai que je n'ai signalé que celles qui étaient à terme et dont les fœtus avec un diamètre B. p. de 9 centim. minimum, pesaient au moins 3,000 gr., femmes qui ont échappé à l'accouchement provoqué, quoiqu'en étant le plus justiciables ; que Beuthner conseille cet accouchement prématuré artificiel, même avec un conjugué vrai de 10 centim. et que notre vénéré maître, le professeur Tarnier, déclare qu'il doit être l'opération de choix dans les bassins qui mesurent plus de 8 centim., réservant pour ceux qui ont moins de 8 centim., la symphyséotomie; parce que l'accouchement provoqué au septième mois donne des enfants qui ne présentent pas des chances suffisantes de vie. Cette déclaration est précieuse dans la bouche autorisée du maître qui, le premier, et c'est un de ses grands mérites, a pu élever, grâce à la couveuse et au gavage dont il a si bien réglé le fonctionnement, des enfants de 6 mois et demi.

Dans le relevé de Tenon 1896, je trouve une Vpare à terme ayant un P. S. P. = 10, mensuration Farabeuf 8,7, fœtus O. I. D. A., accouchement spontané; le fœtus ne pesait que 1,900 gr. Si l'on avait provoqué l'accouchement au huitième mois, quelle résistance aurait-il montré ? On me répondra que la tête devait s'engager avec un si petit fœtus et qu'on ne serait pas intervenu prématurément ! Mais dans mon observation I où le fœtus ne pesait que 2,100 gr., la tête est restée au-dessus du détroit supérieur jusqu'au milieu du travail, en G. T. J'ai la conviction que l'enfant expulsé au huitième mois n'aurait pas vécu. De même pour l'observation XVI. Chez une si jeune et si petite femme, le fœtus que nous présumions petit, quoiqu'il ne s'engageât pas, n'aurait certainement pas vécu non plus, si en présence d'un conjugué vrai de 7 centim. nous avions laissé aller les choses, quand elle s'est présentée au septième mois, avec un commencement de travail. J'en dirai autant de l'observation XVII à son premier accouchement. Il ne serait pas difficile de citer nombre de faits semblables.

Il est évident aussi qu'un des facteurs de l'évolution fœtale,

très favorable à terme, ainsi que l'a fait ressortir Léopold, au congrès de Rome, c'est l'intégrité de la poche des eaux jusqu'à dilatation complète. C'est surtout dans ces cas-là qu'on assiste à des engagements qu'on n'aurait pas supposés possibles, et ce n'est qu'après ce moment de la rupture des membranes que nous nous décidons à pratiquer la symphyséotomie, si la tête ne descend pas.

Ainsi donc en adoptant cette conduite, nous donnons aux femmes le maximum des chances d'accoucher spontanément, malgré leur bassin vicié et nous restreignons le plus possible le nombre des interventions, par la section pubienne.

Au reste, est-elle si grave cette intervention ?

Quand, en face des viciations du bassin, on prend une méthode exclusive, les décès doivent être comptés non pas proportionnellement au nombre d'interventions, mais au nombre total des bassins viciés. Ainsi par exemple pour la statistique de Pinard — je ne parle que de celle-là pour deux raisons : 1° parce qu'elle est publiée chaque année intégralement ; 2° parce que Pinard n'interrompt jamais la grossesse pour simple rétrécissement ; — pour cette statistique, dis-je, il faut compter les morts suites de symphyséotomie proportionnellement à tous les cas où l'on aurait pu appliquer la méthode de la provocation du travail prématurément.

	BASSINS VICIÉS	MÈRES MORTES	ENFANTS
Soit en 1894.............	94	3	2
— 1895.............	107	3	6
— 1896.............	95	2	8
	296	8	16

Bassins viciés. — Mortalité maternelle 2,70 p. 100, mortalité infantile 5,40 p. 100.

Et encore faudrait-il soustraire les cas où la symphyséotomie n'a pas été l'opération de choix, mais de nécessité, les femmes déjà infectées ou ayant subi des manœuvres préalables compromettant le résultat.

Eh bien, de bonne foi, je ne connais aucune méthode qui

puisse lutter avec celle-là pour les résultats, quelle que soit l'habileté de l'opérateur, quel que soit le bonheur de l'accoucheur !

Pour me résumer, je dirai que, si lorsqu'on se trouvait, surtout avant la période de l'antisepsie, dans l'alternative de sacrifier l'enfant ou de le sauver par une opération césarienne, on pouvait et l'on devait considérer l'accouchement provoqué prématurément comme un immense bienfait, il n'en est plus de même aujourd'hui où par une opération bénigne on peut sauver et la mère et l'enfant.

DU PSEUDO-RHUMATISME PUERPÉRAL : SON IDENTITÉ AVEC LE RHUMATISME BLENNORRHAGIQUE

Par **P. Bégouin,**
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

DEUXIÈME PARTIE

Étude clinique du rhumatisme blennorrhagique puerpéral.

Dans la première partie de ce travail nous nous sommes efforcé de démontrer la nature blennorrhagique du rhumatisme puerpéral de Lorain.

Nous allons maintenant étudier, d'après les observations que nous avons rassemblées, les caractères de cette arthrite blennorrhagique puerpérale.

Nous passerons en revue les symptômes, son pronostic, son traitement ; nous discuterons l'influence que l'accouchement ou l'allaitement peuvent avoir sur son évolution, et l'influence qu'elle-même peut avoir sur la marche de la grossesse.

Étiologie. — LE « RHUMATISME PUERPÉRAL » EST UNE AFFECTION RARE. — Dans les travaux publiés de 1866 à 1892 et qui ont servi de base à tout ce qui a été écrit sur la matière, nous n'en avons recueilli que 42 observations assez détaillées pour qu'on pût les utiliser.

M. Bar écrit, dans la clinique qu'il a publiée sur ce sujet (1) : « Pour ma part, pendant les six années que je viens de passer à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, j'ai vu passer dans mon service bien des femmes atteintes de blennorrhagie, et c'est à peine si j'ai observé un ou deux cas de rhumatisme blennorrhagique. »

M. Lugeol (2) à la Maternité de Pellegrin, qu'il a dirigée pendant plus de 10 ans, ne se souvient avoir rencontré que 2 ou 3 cas de rhumatisme puerpéral.

M. Audebert (2) en trois ans (1893-1896) à la clinique obstétricale de M. le Dr Moussous n'en a observé que 3 exemples sur plus de 1,800 femmes et M. Fieux (2) en un an (1896-97), n'en a vu qu'un cas à la même clinique.

C'est assez dire, sans qu'on puisse donner des chiffres exacts, que l'arthrite blennorrhagique pendant la puerpéralité, est exceptionnelle, puisque c'est à peine si on en rencontre un cas sur 5 ou 600 femmes enceintes ou nouvelles accouchées.

Quant à savoir quelle est la proportion de blennorrhagiennes enceintes ou nouvellement accouchées qui échappent aux complications articulaires par rapport à celles qui en sont atteintes, c'est là un point difficile à résoudre. Il faudrait pendant plusieurs mois faire l'examen bactériologique de l'écoulement de toutes les femmes qui entrent dans une maternité, c'est un travail que nous n'avons osé entreprendre.

Il semble d'ailleurs (3) que la puerpéralité n'exerce pas d'influence manifeste sur le développement des manifestations articulaires chez ces blennorrhagiques ; le peu de fréquence des arthrites gonococciques pendant la grossesse et les suites de couches est bien en faveur de cette manière de voir.

La plupart des observations ont été recueillies chez des femmes jeunes qui appartenaient le plus souvent aux classes inférieures de la société : ouvrières, domestiques, blanchisseuses, etc. La jeunesse n'est-elle pas l'âge de la blennorrhagie en même temps

(1) BAR. *Presse médicale*, 1895.

(2) Communication orale.

(3) BAR, RAYMOND, BRUN.

que de la grossesse, et les blanchisseuses, les ouvrières, les domestiques, etc... ne forment-elles pas la clientèle ordinaire des hôpitaux où les observations ont été prises?

Il ne faudrait pas croire cependant que la blennorrhagie respectât toujours l'âge le plus avancé compatible avec la grossesse, ni les conditions sociales les plus élevées. Même les femmes qu'on serait tenté de croire « incontestablement très saines » peuvent être infectées.

C'est là une question trop connue aujourd'hui pour que nous insistions.

Le froid, la fatigue sont signalés dans certaines observations comme la cause déterminante du rhumatisme puerpéral ; l'influence de la fatigue est très probable, elle ne doit pas être étrangère à la localisation habituelle de la maladie aux grandes articulations et particulièrement à celles du côté droit, c'est-à-dire à celles qui travaillent le plus.

Symptômes. — ÉPOQUE DU DÉBUT DE L'ARTHRITE AU COURS DE LA GROSSESSE. — Nous avons recherché à quel moment, au cours de la grossesse, survient le début de l'arthrite ; sur nos 48 observations (1) nous l'avons trouvé indiqué :

au 1er mois	dans	1 cas
2e	—	1 —
3e	—	2 —
4e	—	6 —
5e	—	5 —
6e	—	6 —
7e	—	11 —
8e	—	12 —

On voit par là que l'arthrite peut se montrer à toutes époques de la grossesse. Elle semble avoir été le plus souvent rencontrée dans les derniers mois ; mais il faut songer que les tra-

(1) Aux 42 observations de « rhumatisme puerpéral » nous avons en effet pu ajouter 6 observations récentes d'arthrite blennorrhagique pendant la puerpéralité.

vaux sur le rhumatisme puerpéral ont surtout été écrits ou inspirés par des accoucheurs qui ne voient les malades qu'à la fin de leur grossesse; puis dans les cas d'arthrites survenues pendant les premiers mois de la gestation, la grossesse a dû parfois passer inaperçue du médecin. Aussi ne faut-il pas, à notre avis, attacher une trop grande importance à cette statistique. L'arthrite blennorrhagique peut survenir à toutes les périodes de la grossesse, voilà le fait à retenir.

ÉPOQUE DE L'APPARITION DE L'ARTHRITE APRÈS L'ACCOUCHEMENT. — Le plus souvent les arthrites blennorrhagiques qui ont débuté pendant les suites de couches, sont survenues chez des femmes qui avaient eu une leucorrhée abondante pendant leur grossesse et ont apparu dans les premiers jours qui ont suivi l'accouchement.

C'est quelquefois aussitôt l'accouchement que se montre l'arthrite, c'est le lendemain dans un cas de Vinay, dans d'autres observations c'est 4 (1), 6 (2), 8 (3) jours après (4).

Parfois ce n'est qu'au bout de 2 mois, 4 mois, 5 mois (5), 18 mois (6) même que la maladie s'est déclarée. Mais dans aucune des observations d'où proviennent ces derniers renseignements, nous n'avons trouvé indiqué l'état des voies génitales de la femme pendant la grossesse. Au contraire, de la leucorrhée est notée, quelques jours avant le début de l'arthrite, dans quelques-unes d'entre elles; il y a donc tout lieu de croire que, dans les cas où l'arthrite s'est développée longtemps après l'accouchement, elle était due à une infection gonococcique postérieure à la parturition.

---

(1) Thèse GEORGIADÈS. Obs. XXIX. — PATENÔTRE. Obs. IV.

(2) Thèse J. PINARD, 1878. Obs. II.

(3) Thèse GEORGIADÈS. Obs. XXXII.

(4) Comme il est plus que probable que dans ces cas-là l'infection gonococcique existait avant l'accouchement, et n'a pas été détruite par la parturition, on peut se demander si l'action bactéricide du liquide amniotique défendue par Van Ott est bien réelle.

(5) Thèse GEORGIADÈS. Obs. XXX, XXV, XXXI.

(6) BRAUNBERGER. Thèse Paris, 1870. Obs. IV.

L'arthrite peut au début : *a*) simuler l'hydarthrose banale : de l'épanchement dans la synoviale, une légère douleur, un peu de gêne dans les mouvements, c'est tout ce qu'on observe.

Mais cette forme est très exceptionnelle et il est rare qu'elle persiste longtemps, car l'arthrite blennorrhagique de la grossesse présente ordinairement des allures plus aiguës ;

b) Habituellement ce sont des douleurs articulaires multiples qui ouvrent la scène. Ces arthralgies durent 24, 36 heures, parfois quelques jours ; elles se localisent un instant à deux ou trois articulations qui se tuméfient aussitôt ; puis dans la grande majorité des cas elle finit par se fixer définitivement à une seule jointure.

c) Assez souvent enfin, les malades sont subitement prises, quelquefois, la nuit, pendant leur sommeil, d'une douleur très vive au niveau de l'articulation qui sera seule le siège de la maladie.

De la fièvre avec malaise général et courbature peut accompagner ces manifestations articulaires. Mais la fièvre est ordinairement peu intense, et ne dépasse pas 38° ou 38°,5. Ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'on l'a vue atteindre un degré plus élevé et s'accompagner de frissons et de délire.

Même alors elle est de courte durée ; au bout de peu de jours elle cesse et les symptômes généraux qui l'accompagnaient disparaissent laissant seulement une anémie plus ou moins prononcée.

Ce sont là les trois modes de début du « rhumatisme puerpéral » ; le second est le plus fréquent, tandis que le début par l'hydarthrose est le plus rare.

Période d'état. — Les grandes articulations sont presque seules atteintes par le « rhumatisme puerpéral ».

Sur 48 faits (1), où nous avons pu trouver le siège indiqué, la maladie avait frappé :

---

(1) Aux 42 observations de notre tableau nous avons en effet pu ajouter six observations nouvelles : 2 de Bar, 1 de Lefour et Fieux, 1 de Fieux et Bégouin et 2 personnelles.

Les genoux	17 fois, le	droit 11 fois. gauche 4 — indéterminé 3 fois.
Les poignets	18 —, le	droit 10 fois. gauche 8 —
Les coudes	9 —, le	droit 7 — gauche 2 —
Le cou-de-pied	2 —, le	droit 2 — gauche 0 —
La hanche	2 —.	

Elle peut se rencontrer ailleurs, aux articulations métacarpo-phalangiennes surtout (1), mais le fait est exceptionnel.

On peut remarquer dans le tableau précédent que le côté droit est plus souvent atteint que le côté gauche. Nous pensons que la fatigue plus grande de ce côté du corps chez la plupart des personnes, est la cause de cette plus grande fréquence des arthrites à droite.

Les symptômes du *rhumatisme puerpéral* sont ceux que l'on trouve décrits dans toutes les monographies de l'arthrite blennorrhagique aiguë.

Le membre est dans l'attitude qui favorise le plus le relâchement des ligaments, la demi-flexion pour le genou et le coude, la demi-flexion et le rejettement sur le bord radial pour le poignet ; il en est de même pour les autres articulations.

La région est déformée par une tuméfaction étendue, surtout marquée au niveau de l'interligne et qui va diminuant de plus en plus à mesure qu'on s'éloigne de l'articulation.

La peau qui la recouvre, est tantôt blanche tantôt rosée, toujours un peu plus chaude que celle du côté opposé, souvent œdématiée comme celle qui recouvre un phlegmon.

La tuméfaction est constituée par un épanchement dans la synoviale qu'on peut parfois nettement apprécier dans certaines jointures comme le genou, où il est facile de constater sa présence. Mais elle peut aussi être due soit en partie, soit en

(1) Obs. III de la thèse de PATENÔTRE.

totalité (*forme plastique*) à un empâtement de tous les tissus et surtout des synoviales tendineuses, comme on peut le voir surtout au poignet.

La douleur, très vive, n'existe habituellement, au repos, que pendant la première période de la maladie ; elle peut alors être assez intense pour arracher des cris à des malades même courageuses. Si elle persiste longtemps, insupportable surtout la nuit, la maladie a alors revêtu la « forme douloureuse ».

Le plus souvent cette douleur spontanée se calme assez vite pour ne plus se montrer que si on vient à toucher ou à remuer la jointure malade.

La pression reste en effet longtemps douloureuse au niveau de l'interligne articulaire ; mais ce que les malades redoutent le plus ce sont les mouvements qui provoquent chez elles de très vives souffrances. Une immobilisation absolue pendant plusieurs jours, finit cependant par calmer le plus souvent ces douleurs aiguës.

Les extrémités osseuses sont très peu augmentées de volume et la pression à leur niveau est peu douloureuse.

Les ganglions ne sont pas atteints, mais il y a une atrophie musculaire en général assez accentuée.

Diagnostic. — Malgré ces symptômes qui semblent assez tranchés, l'arthrite blennorrhagique de la femme enceinte et de la nouvelle accouchée a cependant été souvent confondue avec d'autres affections articulaires.

Pendant la grossesse, lorsque la maladie débute par de la fièvre et des arthralgies multiples, on est tout de suite porté à croire à une attaque de rhumatisme articulaire aigu (1). N'avons-nous pas vu que, jusque dans les thèses écrites pour défendre « le rhumatisme puerpéral » de Lorain, il s'est glissé des observations qui ont trait au rhumatisme ordinaire ?

Cependant le rhumatisme articulaire aigu avec sa fièvre de 39° ou 40°, ses sueurs abondantes, avec l'anémie profonde et rapide qu'il détermine, avec ses atteintes habituelles d'endo-

(1) Ainsi M. Bar chez sa seconde malade.

cardite, se distingue déjà du rhumatisme blennorrhagique.

Puis dans le rhumatisme articulaire aigu les articulations atteintes sont nombreuses, il y a une grande mobilité dans les symptômes locaux, enfin le salicylate de soude agit sur la douleur.

C'est là un tableau bien différent de celui du « rhumatisme puerpéral » avec sa fièvre légère, son absence de sueurs, ses arthralgies des premiers jours qui cessent rapidement pour faire place à une arthrite presque toujours unique, tenace et rebelle à tout traitement autre que l'immobilisation.

Dans les suites de couches, c'est avec l'arthrite infectieuse à streptocoques ou à staphylocoques que le diagnostic est parfois difficile.

S'il y a une infection utérine évidente qui se traduise par le grand frission classique de l'infection purulente, on ne songera naturellement pas à une arthrite blennorrhagique.

Mais c'est dans les cas où l'infection est atténuée qu'il est malaisé de se prononcer. Signes généraux et signes locaux se ressemblent alors et ce n'estque sur des nuances que l'on pourra se guider si l'on veut un diagnostic immédiat.

La connaissance d'une leucorrhée abondante, antérieure à l'accouchement,la coexistence d'une ophtalmie chez le nouveau-né pourraient indiquer la nature de l'affection, mais on n'aura pas toujours ces renseignements. Ce n'est alors que l'examen du liquide articulaire ou génito-urinaire qui pourra lever les doutes.

Il doit y avoir des cas, sans que nous puissions en citer, d'arthrites mixtes dues à une association du staphylocoque ou du streptocoque au gonocoque de Neisser. On conçoit que dans cette circonstance la bactériologie puisse seule établir la véritable nature de l'affection.

L'arthrite traumatique, l'arthrite d'origine nerveuse, goutteuse, syphilitique, l'arthrite sèche se distingueront trop facilement pour que nous insistions sur leurs caractères.

Il n'en sera pas toujours de même de l'arthrite tuberculeuse. Si la maladie n'a frappé dès le début qu'une seule articulation,si le

sujet est faible et si on lui trouve des antécédents tuberculeux, on serait peut-être porté à croire à une tumeur blanche.

Le début de l'arthrite tuberculeuse est cependant moins aigu et dans la tumeur blanche il est rare que la douleur soit aussi vive que dans l'arthrite blennorrhagique puerpérale.

Le repos absolu calme assez vite, en général, la douleur spontanée de la tumeur blanche ; il a une action moins rapide sur celle de l'arthrite blennorrhagique, qu'on réveille encore longtemps par le moindre mouvement.

Dans l'arthrite tuberculeuse la tuméfaction articulaire se produit moins vite, puis la sensation donnée par les fongosités est différente de celle de l'empâtement œdémateux blennorrhagique.

Il y a dans tous ces symptômes des éléments de diagnostic qui suffisent le plus souvent pour arriver à une appréciation exacte.

Mais si l'examen approfondi des signes rationnels et physiques de la maladie articulaire peut mettre sur la voie et même presque conduire au diagnostic, ce sera plus souvent encore par un interrogatoire minutieux sur l'état antérieur des organes génitaux de la femme, par une enquête habile et discrète sur la possibilité d'une blennorrhagie chez le père de l'enfant, par l'existence enfin d'une ophtalmie chez le nouveau-né, que le médecin arrivera à découvrir la nature blennorrhagique de l'affection.

C'est ainsi que M. Vinay (1), quoique n'ayant pas trouvé le gonocoque, chez certaines de ses malades a pu, grâce aux circonstances au milieu desquelles s'était développée l'arthrite et à la coexistence d'une ophtalmie chez le nouveau-né, affirmer la nature blennorrhagique d'une maladie articulaire que les seuls signes physiques n'eussent pas permis de reconnaître.

Il en a été de même dans l'observation de MM. Lefour et Fieux.

Il y a alors tant de probabilités que cela équivaut presque à

(1) *Maladies de la grossesse*, p. 522.

une certitude ; mais l'examen bactériologique peut cependant seul la donner; et on doit toujours le pratiquer en suivant les indications que nous avons données plus haut.

Pronostic. — La gravité de l'arthrite blennorrhagique de la puerpéralité, est appréciée d'une manière différente par les auteurs.

M. Bar (1) pense que la plupart du temps le pronostic est peu sérieux: « En effet, dit-il, on est frappé à la lecture des observations, de la facilité avec laquelle les arthrites ont guéri, après une simple incision suivie de lavages intra-articulaires. »

Le traitement a dû donner les résultats indiqués, mais M. Bar a probablement fait allusion à l'arthrite blennorrhagique observée en dehors de la puerpéralité, car nous n'avons trouvé aucune observation de « rhumatisme puerpéral » où l'arthrotomie ait été pratiquée.

D'après les faits que nous avons réunis, le pronostic de l'arthrite blennorrhagique puerpérale nous paraît, au contraire, très sérieux, sinon pour la vie, du moins au point de vue des fonctions de l'articulation.

Sur 48 faits, nous trouvons notée 12 fois la terminaison par ankylose et 11 fois par une raideur très marquée qui finira peut-être par ankylose. La guérison n'est survenue que 11 fois, car dans 14 autres la maladie continue à la sortie de la malade de l'hôpital.

C'est assez dire que l'arthrite blennorrhagique puerpérale est loin d'avoir la bénignité que certains auteurs semblent admettre. C'est le pronostic ordinaire de l'arthrite blennorrhagique aiguë qui lui convient.

La maladie est grave par sa ténacité, par ses poussées successives, par sa tendance à l'ankylose, enfin par l'atrophie musculaire qui l'accompagne.

L'épanchement contenu dans les articulations malades est ordinairement formé par un liquide louche, il peut dans quelques cas devenir purulent : M. Bar ponctionne un jour un gros

(1) Bar. *Presse méd.*, 1895, p. 471.

genou chez une nouvelle accouchée, il en retire du pus jaune verdâtre qui ne contient que des gonocoques.

L'articulation ne présentait cependant pas les signes de rougeur de la peau et d'œdème qu'on rencontre dans une arthrite dont le pus va se faire issue au dehors.

Aussi M. Bar n'eût-il pas fait de ponction, il est probable que ce pus se serait résorbé sans avoir occasionné l'ouverture de l'articulation ; nous n'avons en effet trouvé dans nos recherches aucun cas de rhumatisme puerpéral dont le liquide articulaire ait déterminé une ouverture spontanée de la synoviale.

Durée. — Le pronostic est encore sérieux par longueur de la maladie.

Si dans quelques cas exceptionnels la guérison est survenue en 8 ou 15 jours, il n'en est habituellement pas ainsi.

Sur 17 observations où nous avons trouvé la durée de la maladie notée, elle avait persisté :

1 mois	dans	3	cas.
2 —	—	3	—
3 —	—	4	—
4 —	—	1	—
3 —	—	6	—

C'est à peu près ce qu'avait trouvé Tison, qui dans sa thèse inaugurale avait fixé à cette affection une durée variant entre 1 et 6 mois.

Il ne faut voir dans ces chiffres rien d'absolu.

D'abord, bien des malades ont été indiquées comme guéries, alors que les symptômes aigus avaient seuls disparu (1).

Puis la maladie a une durée très variable suivant une foule de circonstances et surtout suivant le traitement employé.

Autrefois, avec l'immobilisation imparfaite des gouttières

(1) Ne voyons-nous pas la même malade guérie au bout d'un mois dans la thèse de Patenôtre (obs. V) et partant au bout de 3 mois pour le Vésinet avec de la raideur articulaire, dans la thèse de Georgiadès (obs. XXIII). — Dans d'autres, au lieu d'indications précises, on trouve : « la malade se déclare guérie ».

métalliques, l'arthrite se prolongeait si longtemps, que même lorsqu'elle s'était développée dans les premiers mois de la grossesse il était bien rare qu'elle fût guérie avant l'accouchement.

INFLUENCE DE L'ACCOUCHEMENT SUR L'ÉVOLUTION LE L'ARTHRITE. — Aussi certains auteurs, Lorain, Mercier, M. Gaulard, la voyant guérir après la parturition pensaient-ils que l'accouchement avait une influence très heureuse sur l'évolution de l'arthrite.

Lorain n'avait fondé son opinion que sur une impression.

Mercier accepta la façon de voir de Lorain. « Après la délivrance, écrit-il, tout change : la douleur spontanée disparaît comme par enchantement, et les mouvements reparaissent peu à peu. Deux ou trois semaines ont suffi à l'articulation malade pour reprendre ses fonctions. En un mot, l'arthrite guérit presque toujours d'elle-même sous l'influence de la parturition » (1).

Et il cite des observations à l'appui de cette heureuse influence de l'accouchement.

Si l'on s'y reporte, on ne peut s'empêcher de trouver d'abord qu'elles sont peu nombreuses : il n'y en a que six, puis elles sont peu probantes. Si les malades des observations VIII, IX, XI, sont sorties guéries au bout de 12, 13 et 17 jours, celles qui font l'objet des obs. VII et XIII ne sont qu'améliorées et non pas guéries à leur sortie de l'hôpital.

Dans l'observation XII, citée comme exemple de guérison rapide, l'arthrite se terminait à peine le 12 février alors que l'accouchement avait eu lieu le 1er janvier.

Ce ne sont pas là des faits qui autorisent une affirmation aussi nette comme celle de Mercier.

Si dans quelques cas l'arthrite cède peu après la délivrance, il est aussi plus fréquent de la voir continuer sa marche ; souvent même les symptômes d'une arthrite déjà existante : s'exagèrent après la parturition (2).

(1) MERCIER, p. 33.

(2) Obs. : BAR, LEFOUR et FIEUX, VINAY, BÉGOUIN.

Enfin chez des femmes qui avaient une blennorrhagie à la fin de leur grossesse, les manifestations articulaires peuvent ne se déclarer que dans les premiers jours qui suivent l'accouchement, comme si elles se développaient sous son influence (1).

Aussi l'heureuse influence de l'accouchement sur l'évolution de l'arthrite nous semble-t-elle très problématique et il nous paraît même que souvent il a été l'occasion d'une poussée articulaire nouvelle ; il y en a en tous cas des exemples bien observés (2).

Nous ne pouvons donc que condamner la pratique de l'*accouchement prématuré* auquel Lorain, et M. Gaulard (3) ont eu recours dans l'espoir d'une guérison plus prompte et plus complète de la maladie articulaire.

Les résultats obtenus ont d'ailleurs été peu encourageants :

Lorain pratique un accouchement prématuré au huitième mois ; l'enfant meurt trois jours après, et la mère n'en a pas moins une ankylose.

M. Gaulard suit la même conduite dans deux cas : chez une première malade il provoque l'accouchement au huitième mois, le 7 janvier, et le 1er février seulement, on note que « les douleurs rhumatismales s'amendant, le gonflement diminue notablement, les mouvements d'extension et de fluxion du poignet deviennent possibles et le 10 février la malade *se déclare guérie* ».

C'est une guérison qui n'a pas été très rapide ; elle ne nous semble même pas très avancée un mois et demi après l'intervention. L'enfant était heureusement bien portant.

Chez une seconde femme M. Gaulard pratique un accouchement prématuré au huitième mois également. Il n'y avait pas à hésiter : « L'affection étant sous la dépendance de la grossesse, écrivent MM. Tracou et Bué, la conclusion naturelle qui s'imposait était de mettre un terme à cette grossesse. »

(1) Vinay, p. 522. — Georgiadès. Obs. XXIX, XXXII. — J. Pinard. Obs. II. — Patenôtre. Obs. IV.

(2) Vinay, Lefour et Fieux, Bégouin, Fieux et Bégouin.

(3) Tracon et Bué. *Arch. de Tocologie*, 1892, p. 6.

L'accouchement eut lieu dans de bonnes conditions, le 18 août; deux mois après l'enfant mourait d'athrepsie, et la mère avait encore un gros genou avec de l'hydarthrose, sur lequel on faisait des applications de teinture d'iode.

« En somme, le résultat obtenu paraît bon et encourageant pour la méthode », concluent les auteurs qui rapportent ces deux observations.

Nous sommes loin de partager leur optimisme; une bonne immobilisation eût probablement guéri leurs malades plus vite, et à moins de frais.

INFLUENCE DE L'ALLAITEMENT SUR L'ÉVOLUTION DE L'ARTHRITE. — De même que Lorain croyait à l'heureuse influence de l'accoument, il croyait aussi à l'influence néfaste de l'allaitement. Il le faisait cesser chez les femmes atteintes de « rhumatisme puerpéral », non pas parce qu'une femme qui nourrit risque plus qu'une autre de se fatiguer une articulation malade; mais parce qu'il croyait que l'allaitement avait sur la marche de l'arthrite une influence directe, sur laquelle il ne s'explique pas d'ailleurs.

Nous ne pouvons sur ce point citer que des faits peu nombreux. La malade qui fait l'objet de notre première observation sort de l'hôpital au bout de 5 mois avec une raideur très marquée du poignet. Elle avait cessé l'allaitement depuis 3 mois.

Nous trouvons dans la thèse de Georgiadès (1) un cas d'arthrite qui a apparu le 11 février; l'allaitement est cessé le 20 avril, et le 30 juin l'ankylose n'en est pas moins la terminaison.

Chez une cantinière qui a accouché le 1er janvier et n'a pas allaité, le 25 février il se déclare une arthrite du genou droit qui se termine par ankylose en juin.

Dans une observation de M. Lancereaux (2) une jeune femme cesse d'allaiter à son entrée à l'hôpital le 7 mai; le 28 elle part avec une tendance à l'ankylose.

---

(1) GEORGIADÈS, Paris, 1885. Obs. XXI et XXX.

(2) LANCEREAUX. Obs. XXXI de la thèse de GEORGIADÈS.

Ces faits ne sont pas assez nombreux pour infirmer l'opinion de Lorain, mais comme elle ne repose sur aucune observation probante et que celles que nous citons sont loin d'être en sa faveur, il nous est permis de croire que l'allaitement n'a pas, sur la marche de l'arthrite, la fâcheuse influence que lui attribue cet auteur ; il est probable qu'il n'agit sur la maladie articulaire qu'en rendant l'immobilisation de la jointure plus difficile, chez une femme obligée de prendre souvent son enfant pour lui donner le sein.

INFLUENCE DE L'ARTHRITE SUR LA GROSSESSE. — Le rhumatisme blennorrhagique puerpéral, n'étant qu'un pseudo-rhumatisme infectieux dû à la gonoccocie, maladie qui atteint tout l'organisme (1), il était naturel de penser que, comme d'autres maladies infectieuses, le rhumatisme blennorrhagique devait avoir une influence fâcheuse sur l'évolution de la grossesse.

Lassort (2) a en effet prétendu que l'avortement ou l'accouchement prématuré sont parfois la conséquence du rhumatisme puerpéral, et à l'appui de son dire il cite dix observations.

Nous les avons lues, et aucune ne prouve le bien fondé de son affirmation. Dans deux d'entre elles (obs. IV et V), empruntées à Hanot et à Balette, c'est, de l'avis même de leurs auteurs, le salicylate de soude qui fut la cause de l'avortement.

Dans deux autres (obs. I et II) la maladie articulaire n'apparut que le lendemain et le surlendemain de l'avortement; nous ne voyons pas trop, dès lors, comment elle a pu en être la cause. On pourrait penser que rhumatisme et avortement ont apparu l'un et l'autre sous l'influence d'une même infection gonoccocique, mais l'auteur n'envisage pas la question à ce point de vue; ses observations ne seraient d'ailleurs pas probantes.

Dans un autre cas (obs. III) l'avortement semble bien plutôt devoir être mis sur le compte d'un érysipèle que de l'arthrite. Enfin les cinq dernières observations sont trop incomplètes pour qu'on puisse en tirer une conclusion.

(1) SOUPLET. *La blennorrhagie maladie générale*. Thèse de Paris, 1893.

(2) LASSORT. Thèse de Bordeaux, 1895.

Comme d'autre part, dans aucune des observations que nous avons recueillies, le rhumatisme blennorrhagique n'a interrompu le cours normal de la grossesse, nous pouvons dire qu'il n'exerce pas d'influence appréciable sur son évolution.

Traitement. — Le traitement du « rhumatisme puerpéral » est celui de l'arthrite blennorrhagique aiguë avec laquelle il se confond.

a) Médicaments internes. — Le *salicylate de soude* est sans action sur lui. Essayé plusieurs fois (1) il n'a jamais amélioré l'arthrite et parfois il a amené l'avortement.

Il en est de même du *sulfate de quinine* qui ne donne pas de meilleurs résultats et expose aux mêmes dangers.

L'*iodure de potassium* n'a pas une utilité démontrée et est susceptible, par la congestion qu'il provoque, d'activer la vitalité des gonocoques; il est donc à rejeter.

b) Traitement local. — Quant aux sangsues, aux *révulsifs locaux*, teinture d'iode, vésicatoires ou autres qui constituaient la médication autrefois en honneur, leur action semble si douteuse que leur emploi doit être exceptionnel.

Les *liniments calmants* insuffisants à amener la guérison offrent quelquefois l'avantage de calmer un peu la douleur, et à ce titre peuvent être d'un secours précieux.

Mais le véritable traitement à employer, *parmi les traitements non opératoires*, le seul sur lequel il faille compter pour amener la cessation des douleurs et la guérison de la maladie, c'est *l'immobilisation* de la jointure malade, l'immobilisation absolue.

Patenôtre dans sa thèse, faite sous l'inspiration de M. le professeur Duplay, démontrait dès 1884 l'importance d'une immobilisation exacte des surfaces articulaires malades.

Les femmes ainsi traitées guérissaient en un mois, deux mois au plus (2), tandis que par les autres méthodes de traitement

---

(1) Balette. Thèse Paris, 1884.

(2) Il y a peut-être une légère exagération dans cette rapidité constante de la guérison indiquée par Patenôtre.

l'affection durait plusieurs mois pour se terminer le plus souvent par une ankylose.

La gouttière en fil de fer est insuffisante pour obtenir cette immobilisation rigoureuse, c'est à *l'appareil plâtré qu'il faut recourir.*

Grâce à lui on obtient une immobilité parfaite qui supprime le plus souvent la douleur, dès les premiers jours, évite la désorganisation des surfaces articulaires et par suite l'ankylose est rare avec ce mode de traitement.

Il faut cependant savoir qu'elle peut survenir malgré l'appareil plâtré, et avoir le soin de mettre le membre dans une attitude telle que si elle se produit, il puisse encore rendre des services.

Une dame, rapporte Tison, eut une arthrite des deux coudes, qui fut suivie d'ankylose double en extension. Elle ne pouvait ni manger seule, ni se peigner, ni s'habiller, mais seulement jouer du piano.

On eût évité un si déplorable résultat en plaçant le coude en demi-flexion.

Si l'attitude du membre a une si haute importance, la longueur à donner à l'appareil plâtré n'est pas toujours indifférente.

Au cou-de-pied et au poignet surtout il faut avoir soin de couper l'appareil de telle façon qu'il n'empêche pas les mouvements des petites articulations de la main et du pied, si disposées à la raideur et même à l'ankylose chez certaines femmes.

Ainsi au poignet le plâtre doit s'arrêter au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes ; et chaque jour on fera exécuter des mouvements aux doigts.

Si l'envahissement des gaines des extenseurs et des fléchisseurs les rendait impossibles, on les différerait de quelques jours, pour les exécuter dès que la douleur aurait disparu.

Faute de ces précautions on peut, à la levée de l'appareil, trouver une articulation radio-carpienne presque guérie ; mais les articulations des doigts sont devenues si raides, et tout mouvement y est si douloureux qu'il faut recommencer pour elle un véritable traitement.

Employée avec les précautions que nous avons indiquées, l'immobilisation donne habituellement un succès assez rapide, ce qui peut la faire considérer comme le procédé de choix, surtout dans les *formes plastiques* qui sont les plus fréquentes et les plus rebelles.

Dans les formes avec épanchement, la *ponction aseptique* a été conseillée : elle diminuerait la douleur, hâterait la guérison et éviterait l'atrophie musculaire. Nous l'avons employée une fois, avec avantage.

Nous ne connaissons pas de fait où la ponction *suivie d'injection modificatrice* ou de lavage articulaire ait été mise en usage. Mais on pourrait certainement y avoir recours pour certaines formes de rhumatisme puerpéral, comme on le fait pour l'arthrite blennorrhagique non puerpérale.

Nous conseillerions seulement d'user de liquides aseptiques, ou antiseptiques faibles pour éviter les accidents qui se sont quelquefois produits avec des liquides antiseptiques forts et dont nous avons vu des exemples.

L'arthrotomie donne, d'après la plupart des auteurs récents, de très bons résultats dans l'arthrite blennorrhagique observée en dehors de la puerpéralité. Il est plus que probable que dans le « rhumatisme puerpéral » il en serait de même; mais nous ne connaissons pas d'observation où ce traitement ait été mis en œuvre.

Si l'on devait y recourir, il nous semble qu'il faudrait seulement éviter que ce fût à une époque trop rapprochée de l'accouchement.

Soins consécutifs. — Quelque traitement que l'on ait employé, il faudra, aussitôt que la douleur aura cessé, faire exécuter des mouvements à l'articulation pour éviter l'ankylose (1).

Il ne faut pas s'en remettre aux malades du soin d'imprimer ces mouvements à leur jointure ; elles ne le feraient pas ou le

(1) Choisir le bon moment est souvent très difficile. Une mobilisation trop précoce peut donner une poussée aiguë ; et en retardant trop, on risque de laisser s'établir l'ankylose.

feraient mal. On les exécutera soi-même, doucement, progressivement, sans brusquerie, mais cependant avec une certaine force pour relâcher ou rompre les adhérences déjà formées.

En même temps le *massage* et *l'électrisation* seront utiles pour combattre l'atrophie des muscles presque toujours très marquée, pour peu que la maladie ait été longue.

Par la combinaison de ces différents moyens on obtient aujourd'hui, dans le traitement de l'arthrite blennorrhagique puerpérale, de meilleurs résultats qu'on n'en avait autrefois.

L'ankylose est ordinairement évitée (1) et la durée de la maladie est notablement diminuée.

TRAITEMENT PATHOGÉNIQUE. — A côté de ce traitement direct de l'arthrite, il nous semble qu'il y a aussi un traitement indirect; celui de la blennorrhagie vaginale, uréthrale ou cervicale qui a donné naissance à la maladie articulaire.

L'arthrite est sujette à des poussées, qui, si elles peuvent être dues à un réveil de la virulence des gonocoques intra-articulaires, doivent plutôt être occasionnées par une nouvelle invasion de l'article par les gonocoques génito-urinaires.

Aussi faut-il les détruire dans l'urèthre et dans l'utérus si l'on veut guérir rapidement la maladie articulaire qu'ils peuvent réveiller.

G. Spencer (2) a montré l'importance du traitement de la blennorrhagie pour la guérison de l'arthrite gonococcique non puerpérale, il n'y a pas de raison pour qu'il n'en soit pas ainsi dans l'arthrite blennorrhagique de la puerpéralité.

M. Duplay, dans son service de Lariboisière, remplissait dès 1883 cette indication lorsqu'il traitait la vaginite et l'uréthrite de ses malades; et il obtenait par ce traitement combiné à l'immobilisation une guérison bien plus rapide qu'elle ne l'est d'habitude avec le seul traitement local de l'arthrite.

C'est un exemple à imiter.

---

(1) Cependant certaines arthrites ont parfois une tendance telle à la *plasticité* que l'ankylose en est presque la terminaison fatale.

(2) G. SPENCER. *Semaine méd.*, 1894, 264.

Il faudra seulement prendre des précautions spéciales, pendant la grossesse, pour que l'application du traitement vaginal ne risque pas d'amener un avortement ou un accouchement prématuré.

*
* *

Nous dirons pour résumer ce travail : Le « rhumatisme puerpéral » distingué par Lorain du rhumatisme articulaire aigu, et de l'arthrite par infection puerpérale, et considéré par cet auteur comme la conséquence d'une leucorrhée « normale » de la grossesse et des suites de couches, n'est autre chose que du rhumatisme blennorrhagique.

L'examen de toutes les anciennes observations publiées, la bactériologie des cas récents s'accordent pour le démontrer.

Ce rhumatisme affecte presque toujours la forme d'une arthrite aiguë, non-articulaire, tenace, rebelle au traitement et qui se termine fréquemment par ankylose.

Le diagnostic de sa nature blennorrhagique se fait par les caractères même de l'arthrite, et surtout par un examen minutieux des circonstances dans lesquelles la maladie s'est développée ; l'examen bactériologique du liquide articulaire et des sécrétions génito-urinaires peut cependant seul donner une certitude à cet égard.

La puerpéralité ne semble pas avoir d'influence nette sur le développement, la marche ou le pronostic du rhumatisme blennorrhagique.

Il en est de même de l'accouchement et de l'allaitement, dont l'action sur l'évolution de la maladie est au moins très douteuse.

A son tour le rhumatisme gonococcique puerpéral ne trouble pas l'évolution normale de la grossesse.

Son traitement se confond avec celui de l'arthrite blennorrhagique aiguë non puerpérale. Le traitement de la blennorrhagie elle-même ne doit pas être négligé.

REVUE CLINIQUE

GROS KYSTE DU REIN DROIT. NÉPHRECTOMIE TRANSPÉRITONÉALE. GUÉRISON

Par le Dr **J. Rendu** (de Lyon)
Ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Jean.

C'est la rareté relative des kystes proprement dits du rein qui m'engage à publier l'observation suivante.

Il ne s'agit pas, bien entendu, d'une hydramnios ordinaire, ni de cette maladie kystique des reins dont Paviot et Mollière ont rapporté un cas en mars 1893, et dont une observation de Baudry figure dans le *Journal de médecine de Bordeaux* du mois de juin de la même année. Dans cette dernière maladie les deux reins sont envahis et présentent assez bien l'aspect d'une grappe à graines plus ou moins grosses, tassées les unes contre les autres.

Le véritable kyste séreux du rein est uniloculaire et acquiert parfois des dimensions considérables. D'après les recherches bibliographiques auxquelles je me suis livré, il est bien plusf réquent chez la femme que chez l'homme. Son peu de fréquence est sans doute la cause pour laquelle les chirurgiens sont encore divisés sur la méthode opératoire à employer dans son traitement. En Allemagne, par exemple, la forte mortalité donnée jusqu'ici par la néphrectomie transpéritonéale tend à faire adopter de préférence l'ouverture du kyste au-dessous des fausses côtes, suivie d'une sorte de marsupialisation de la poche; le prof. Witzel, de Bonn, relate un cas de guérison ainsi obtenu, dans le *Centralblatt für Chirurgie*, de novembre 1893. Mais, paraît-il, les fistules consécutives et persistantes sont nombreuses ; aussi Duplay et Reclus considèrent-ils la néphrectomie transpéritonéale comme la méthode de choix pour les

kystes très volumineux, malgré la mortalité de 40 p. 100 résultant des 24 observations qui forment la base de leur statistique.

Anna S..., 18 ans, m'est envoyée par mon excellent confrère et ami, le D[r] Henri de Brinon, de Moulins (Allier), entrée le 4 décembre 1895 à l'hôpital Saint-Jean.

Aucun antécédent héréditaire : père, mère, frères et sœurs, tous bien portants.

Grande, brune, bonne santé habituelle. Réglée à 16 ans et depuis normalement (4, 5 jours). Elle n'accuse aucune douleur, mais remarque que son ventre, qui, toujours, dit-elle, a été plus gros qu'il ne devait être, va sans cesse en grossissant. A l'âge de 2 ans déjà, elle avait un plus gros ventre que les enfants de son âge.

Actuellement, ventre volumineux, manifestement fluctuant partout, avec une tension presque nulle, si bien que lorsque la malade se couche sur le dos, le ventre s'affaisse sur les côtés, ressemblant à celui des batraciens. Néanmoins on reconnaît bien vite qu'il s'agit d'une collection liquide et non d'une ascite. Debout ou couchée, on trouve dans l'hypochondre gauche une sonorité très nette qui se continue en bas, sur une largeur de deux travers de doigt, longeant le pli de l'aine, les pubis et le pli inguinal du côté opposé, circonscrivant ainsi le segment inférieur de la poche kystique presque jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Lorsqu'on renverse la malade sur le lit de Trendelenburg, on voit le kyste remonter, ou plutôt, cédant à la pesanteur, descendre vers l'ombilic et la petite zone sonore hypogastrique, augmenter de largeur. C'en est assez déjà pour éliminer l'idée d'un kyste de la région génitale. Matité absolue dans tout le reste de l'abdomen ; à peine distingue-t-on derrière l'appendice xiphoïde un peu de sonorité stomacale. Cette matité s'étend aussi à l'hypochondre droit.

Circonférence	ombilicale (debout) :	94	centimètres.
—	sous-ombilicale —	93	—

Dans la station couchée ces dimensions sont les mêmes.

Hauteur de la matité = 34 centimètres, dont 14 au-dessus de l'ombilic.

Rien de particulier au toucher vaginal.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Nous sommes bien évidemment en présence d'un kyste dont le point de départ est probablement dans le foie ou dans le rein droit, mais

aucun signe, absolument aucun, ne nous permet de trancher la question.

Opération le 12 décembre, avec l'assistance de mes deux aides habituels : le Dr Piante et M. Démiaz. Anesthésie à l'éther.

Incision médiane remontant à 6 ou 7 centimètres au-dessus de l'ombilic. J'arrive d'emblée sur un kyste rouge, comme le sont les kystes du ligament large, c'est-à-dire doublé d'un péritoine vascularisé. Ce kyste distend trop l'abdomen pour que je puisse introduire la main et reconnaître son origine. Ponction au gros trocard de Spencer Wells ; issue de 10 litres un quart d'un liquide jaune trouble un peu foncé. Le cæcum et l'appendice iléo-cæcal qui se présentent d'abord, l'absence de pédicule, la paroi du kyste se dirigeant au-dessous du foie jusqu'à la colonne vertébrale, etc., tout me fait vite voir qu'il s'agit d'un rein kystique. Rien au foie. Le rein gauche paraît normal.

Je commence immédiatement la décortication qui est très laborieuse, la difficulté principale consistant à rester en dehors du kyste sans léser le péritoine. Deux fortes ligatures à la soie sont placées sur le paquet vasculaire du rein qui est enlevé de la sorte en totalité, mais les chefs de ces ligatures sont respectés pour servir ultérieurement de guide, dans le cas où une collection de pus se formerait dans la profondeur. Le vaste manchon péritonéal qui doublait le kyste et dont la moitié au moins aurait pu être aisément réséquée est conservé à dessein presque dans son entier, afin de prévenir soit un étranglement intestinal, soit, dans la suite, une trop grande rétraction de la paroi au niveau de la cicatrice. Ce manchon est rempli d'une énorme mèche de gaze iodoformée qui sort au dehors ainsi que les fils de soie dont il a été parlé. Ses bords, froncés comme ceux d'une bourse, sont suturés au niveau de l'ombilic au péritoine pariétal, tandis que le haut et le bas de l'incision abdominale sont refermés par une suture à trois plans.

Suites opératoires. — Elles ont été simples, et la malade est actuellement parfaitement guérie.

Le soir de l'opération (9 heures après celle-ci), la malade n'ayant pas uriné, on la sonde et l'on ne retire de la vessie que 25 à 30 grammes d'urine claire, mais *assez albumineuse*.

Le 13. Température rectale, matin 38°,1 — T. r. S. 38°,9. La malade a uriné davantage, mais en grande partie dans son lit, et il est impossible d'apprécier la quantité émise dans les 24 heures. Dans la soirée, le pansement tout entier est complètement traversé par le sang qu'amène au dehors le Mickulicz ; le pouls, du reste, est bon, la malade va

bien ; je ne fais que surajouter au pansement de nouvelles couches de coton et des bandes de tarlatane, sans rien toucher à ce qui a été fait la veille. Les règles sont venues, devançant de 15 jours leur époque habituelle.

Le 14. T. M. 38°,7.— S. 38°,2. La malade est de même, mais accuse une certaine douleur dans le ventre au niveau du Mickulicz, douleur qu'elle ressentira, du reste, jusqu'à ce que celui-ci soit enlevé. Depuis ce matin, je fais minutieusement garder et peser les urines des 24 heures. Le premier chiffre ainsi obtenu est 500 grammes. *Elles ne renferment plus d'albumine.*

Le 15. T. M. 38°.— S. 38°,5. — 790 grammes d'urine. Je reviendrai plus loin sur la marche graduelle de la fonction urinaire et sur la courbe thermométrique pendant la convalescence.

Le 16 et le 17. La malade n'étant pas encore allée du ventre, on lui donne de l'huile de ricin qui produit un heureux effet.

Le 18. Ce matin, la malade a eu quelques crachats de sang purulent sans cause connue. Elle commence à s'alimenter.

Le 19. Quelques crachats de sang également ce matin.

Le 22. Du 17 à ce jour, la température a été graduellement croissante : elle atteint aujourd'hui 39°,7.

Le 27. Le 21 et le 25 elle a eu encore quelques crachats de sang.

Le 30. L'état de la malade continue à être bon.

2 janvier 1896. La malade a commencé à se lever hier, le vingtième jour de l'opération. Elle va bien, mange et boit, a l'intestin libre, urine facilement, n'a pas de fièvre, mais accuse toujours, et seulement lorsqu'elle remue, cette douleur au niveau du Mickulicz, *lequel n'a pas encore été touché après l'opération*. On a dû la sonder pendant 15 jours environ, comme cela se voit si souvent après les laparotomies.

Le 6. Elle continue de se lever tous les jours ; est même sortie dans la cour aujourd'hui.

Le 7. Premier pansement (1). Tarlatane et ouate ne forment qu'un épais et dur feutrage imprégné de sang, adhérent, collé à la peau tout autour du Mickulicz. Celui-ci est retiré non sans une certaine traction car il est fortement serré dans la plaie. Écoulement de pus très odorent. Lavage de la cavité à l'eau légèrement phéniquée, et introduction

---

(1) Voir la communication au Congrès international de gynécologie et d'obstétrique de Genève 1896. *De l'utilité de retarder le premier pansement de Mickulicz dans les plaies abdominales*, par le Dr J. RENDU.

d'une nouvelle bande de gaze iodoformée jusqu'au fond de la plaie.

Le 10. Depuis le pansement, la malade ne ressent plus de douleurs au niveau du Mickulicz. La quantité quotidienne d'urine va toujours crescendo : hier, elle était de 2 kilog.530 grammes.

Le 15, deuxième pansement. Écoulement abondant du pus. Irrigations, lavage. Les fils de soie du pédicule tiennent encore. Changement de la mèche iodoformée.

Le 22. Troisième pansement. Les fils de soie du pédicule sont emportés avec le Mickulicz. La suppuration continue. La malade va bien et se lève 3 à 4 heures par jour.

On fait encore deux ou trois pansements en diminuant le volume des mèches. La suppuratien cesse d'une façon assez rapide à la fin du mois.

Le 2 février, les règles arrivent normalement.

Le 12. Le dernier pansement est enlevé ; tout est fini.

Arrivons maintenant à l'examen des pièces pathologiques, à la courbe de la température et à celle de la fonction urinaire.

La pièce enlevée qui forme une vaste poche uniloculaire, déchirée en plusieurs points, est en réalité le rein droit. Elle est composée de parois blanc-rosé, résistantes, d'apparence fibrineuse, et semble uniquement constituée par l'enveloppe et la capsule du rein. Celui-ci a totalement disparu, sauf en un point où l'on en retrouve à peu près le volume d'une grosse amande. Le liquide contenu est aqueux, jaune trouble, un peu foncé. Voici les résultats de l'analyse qu'a eu l'obligeance d'en faire M. Bourcet, ex-pharmacien adjoint des hôpitaux :

Volume......	10 litres 100
Réaction......	peu acide.
Densité	1011.
Urée.........	10 gr. 43 0/00.
Chlore.......	2 gr. 76 0/00, correspondant à 4 gr. 52 de chlorure de sodium.
Acide phosphorique total..	0 gr. 68 0/00
Albumine....	1 gr. 20 0/00

Au microscope, on reconnait des leucocytes et des gtobules rouges.

La moyenne de la température de notre opérée a oscillé pendant 12 à 15 jours entre 38°,2 et 38°,5 pour descendre ensuite autour de 37°,6-37°,7. De ce côté, rien de particulier à signaler.

Quant à la physionomie du jeu de la fonction urinaire, elle ne

manque pas d'intérêt. Voici, dans l'ordre chronologique, les quantités d'urine émises par 24 heures.

Le 12 décembre	....	(l'opération ayant eu lieu le matin) : 30 grammes.	
13	—	L'opérée a uriné dans son lit ; chiffre nul.	
14	—		600
15	—		790
16	—		700
17	—		900
18	—		930
19	—	1 kil.	050
20	—	1 —	090
21	—	1 —	140
22	—	1 —	100
23	—	1 —	130
24	—	1 —	140
25	—	1 —	155
26	—	1 —	250
27	—	2 —	400
1896, 1er janvier	....	2 —	400
6	—	2 —	530
11	—	2	

26 février. On voit, par ces chiffres, comment après l'anurie réflexe post-opératoire, qui a cessé dès le lendemain, le rein gauche, à qui désormais était exclusivement dévolue la fonction urinaire, s'est acquitté de sa mission. De 600 grammes, le surlendemain, la sécrétion urinaire est rapidement montée à 1,000, 1,500, 2,000 et même 2,530 grammes par 24 heures, dépassant ainsi de près d'un litre la quantité physiologique habituelle. Ce serait peut-être ici le cas de se demander si ces crachats de sang pur, notés du cinquième au douzième jour après l'opération, n'avaient aucune relation avec cette suppléance hâtive qui s'établissait dans l'organisme.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

I. — Observations de grossesse extra-utérine.

A. Pinard. — On pourrait croire, en considérant les innombrables observations de grossesse extra-utérine publiées depuis une vingtaine d'années surtout, que l'histoire de la grossesse ectopique peut être faite, grâce à l'abondance des matériaux. Malheureusement il n'en est rien, et bien des chapitres présentent encore des lacunes : car si les faits publiés sont nombreux, les observations bien prises sont rares.

Aussi doit-on accueillir avec faveur et reconnaissance la communication de faits semblables à ceux qui ont été rapportés par MM. Routier et Tuffier.

Ainsi que je vais essayer de le démontrer, ces deux observations sont des plus intéressantes. Elles viennent ajouter au chapitre *Symptomatologie* et fournir à la question du *traitement* les éléments les plus précieux.

Voici d'abord l'observation de M. Routier, que je résume ainsi :

Femme de trente ans, accouchée spontanément et à terme il y a dix ans. État général excellent avant et depuis son accouchement. Règles normales et régulières. Donc, et j'insiste sur ce point, *aucune affection antérieure de l'appareil génital.*

Dernières règles le 10 janvier 1896. *La grossesse évolue d'une façon absolument normale.* Les mouvements actifs sont perçus quatre mois et demi environ après la cessation des règles, et cette femme continue à se bien porter jusqu'au 8 novembre, jour où elle éprouve, pour la première fois, des troubles caractérisés par des vomissements. Le Dr Chevalier, de Sain (Nord), appelé, pratique un examen, constate l'existence des bruits du cœur de l'enfant et annonce un accouchement prochain. Le 12 novembre, apparition, dit l'observation, *des douleurs de l'accouchement* (?). J'avoue que sur ce point l'observation manque de précision. Quoi qu'il en soit, la sage-femme qui avait été appelée, ne constatant aucun progrès dans le travail, pensant à une présentation de l'épaule, fit appeler le Dr Chevalier pour pratiquer la version.

Notre confrère examine la soi-disant parturiente, n'entend plus les bruits du cœur, introduit son doigt dans l'utérus qui lui semble vide

et ramène quelques débris membraneux. Expectation. Le 20 novembre, consultation avec les Drs Sirat et Culat, et nos trois confrères posèrent alors le diagnostic de grossesse extra-utérine avec enfant mort.

Quinze jours après, les troubles causés par le faux travail avaient disparu, la femme paraissait rétablie, tout en conservant sa grosse tumeur abdominale. Il en fut ainsi jusque dans les premiers jours de janvier, moment où apparut un écoulement sanguin.

La femme étant amenée à l'hôpital Necker, dans le service de M. Routier, ce dernier constata que son ventre présentait tous les signes d'un gros kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Donc *le kyste fœtal devait être distendu par beaucoup de liquide*. Mais les commémoratifs joints à l'examen détaillé auquel se livra M. Routier, lui firent porter le diagnostic de grossesse extra-utérine, avec tête du fœtus en haut et à droite. Le col était repoussé en avant et en haut par une tumeur fluctuante communiquant avec la grosse tumeur abdominale. Le corps de l'utérus faisait saillie au-dessus et à droite des pubis ; aucune contraction ne fut observée.

Le 11 février, M. Routier opéra cette malade. Il commença l'opération, dit-il, avec l'intention d'ouvrir le kyste fœtal, de le vider et de le drainer. Mais les choses se présentèrent de telle façon qu'il alla beaucoup plus loin et qu'il enleva tout le sac.

« Après avoir ouvert le ventre, dit M. Routier, la tumeur se présentait tellement avec les caractères d'un kyste du ligament large, *sans larges adhérences visibles, que je me laissai aller à en pratiquer l'extirpation totale.* »

Engagé dans cette voie, voici les difficultés qu'il rencontra :

« Le kyste fœtal était développé dans les annexes droites : variété tubo-ovarienne sous-péritonéale. L'aileron du ligament rond, distinct en avant, formait comme une écharpe en avant de la tumeur. Les annexes gauches étaient, ainsi que l'S iliaque, adhérentes à la tumeur, mais très bas, de telle sorte qu'après avoir lié et sectionné trois ou quatre adhérences épiploïques qui se trouvaient en avant du kyste, celui-ci me sembla assez libre pour être enlevé ; mais quelles adhérences en bas et en dehors !

« Alors, isolement du paquet artérioso-veineux utéro-ovarien droit, ligature double et section ; dans le moignon, *je vois un canal gris béant, ressemblant beaucoup à l'uretère :* je poursuis. Le décollement péritonéal, possible dans les kystes du ligament large, devient vite impossible ici, il faut couper ; de ce fait *je suis amené à dénuder l'artère et la veine*

iliaque dans toute leur longueur. La veine se déchire, je puis la pincer et appliquer une ligature latérale.

« Dans le fond du petit bassin, j'arrache plutôt que je ne décolle. La séparation de l'S iliaque est particulièrement laborieuse et périlleuse.

« En avant, le kyste fœtal tient encore à la face postérieure de l'utérus ; il faut l'en séparer au bistouri. Enfin le kyste fœtal est extrait en entier.

« Mais il restait *un utérus saignant comme une éponge par toute sa face postérieure et le bas-fond du petit bassin sans péritoine, tout cruenté.*

« Je suis ainsi conduit *à pratiquer l'hystérectomie abdominale totale comme moyen hémostatique, et à fendre* largement la paroi postérieure du vagin pour drainer convenablement le petit bassin.

« Ici, autre incident. En pratiquant l'hystérectomie pour ouvrir les culs-de-sac vaginaux, je prie mon aide d'introduire une pince courbe dans le vagin pour en faire saillir la paroi. Il exécute ce temps, fait saillir le mors ; je coupe la paroi sur ce mors, avec deux doigts j'agrandis la boutonnière par déchirure. Stupéfaction ! J'avais ouvert la vessie — mon aide avait passé la pince dans l'urètre ! Je ferme la déchirure de la vessie par une suture en bourse et fais mettre une sonde à demeure.

« J'ouvre enfin les culs-de-sac vaginaux et pratique l'hystérectomie par mon procédé. Drain, et sutures de la paroi abdominale.

« La durée totale de l'opération a été de 45 minutes.

« J'ai dit, dans le cours de l'opération, que j'avais coupé l'uretère.

« J'aurais pu en douter en suivant cliniquement la malade qui n'a présenté aucun symptôme pouvant faire croire que son rein droit avait été touché, mais l'examen histologique fait par le D[r] Durante ne laisse aucun doute et explique, en outre, l'absence de symptômes observés dans la suite.

« Le canal que j'ai donné à examiner était bien en effet l'uretère, vers sa terminaison. J'en ai enlevé 8 centimètres du côté vésical. Il était oblitéré par des débris épithéliaux, qui contenaient, en outre, des cocci et des staphylocoques.

« Cet uretère, comprimé outre mesure par le kyste fœtal, avait dû s'oblitérer, et le rein ne sécrétait probablement plus, suppléé par son congénère. »

Les suites de cette opération furent assez simples, et aujourd'hui la guérison est complète. Et M. Routier terminait sa communication par les réflexions suivantes, que je tiens à citer textuellement :

« J'ai cru devoir publier cette observation, non seulement à cause de la rareté du fait et du succès que j'ai obtenu, *mais surtout pour mettre en garde ceux qui, comme moi, voudraient enlever une grossesse ectopique en totalité.* »

« Sans parler de la plaie de la vessie, qui est un accident que j'aurais pu éviter, les difficultés énormes pour libérer le kyste fœtal, qui cependant paraissait peu adhérent, la mise à nu de l'artère et de la veine iliaque, l'hystérectomie que j'ai dû faire pour compléter l'opération, faisaient que mon intervention était de la plus haute gravité.

« De sorte que je conclus volontiers en disant :

« Quand on attaque une grossesse ectopique de cinq mois, il est sage de se contenter de l'ouverture du kyste, de l'ablation du fœtus et du drainage de la poche, comme l'a conseillé le professeur Pinard, en laissant surtout le placenta en place si l'enfant est encore vivant.

« L'ablation totale d'un semblable kyste entraîne à des lésions qui peuvent mettre en péril les jours de la malade. »

Je n'ajouterai rien à cet aveu, me contentant de féliciter M. Routier de sa franchise, de son habileté, car il a fallu autant de sang-froid que de coup d'œil opératoire pour sauver cette femme.

Tel est le résumé de cette relation si instructive, qui contient une observation intéressante, et le récit d'une opération aussi compliquée qu'angoissante.

Cette observation démontre donc :

1° Qu'une femme n'ayant aucun antécédent pathologique du côté de l'appareil génital, peut avoir une grossesse extra-utérine (1).

2° Qu'une grossesse ectopique peut, dans certains cas, évoluer en apparence comme une grossesse normale, jusqu'au moment du faux travail.

Bien des points seraient encore à mettre en relief, mais ne voulant pas retenir trop longtemps et fatiguer l'attention de l'Académie, j'arrive de suite, et pour terminer, au point capital, c'est-à dire à la question du traitement.

Cette observation et cet aveu de M. Routier sont précieux; et, pour ma part, je lui suis particulièrement reconnaissant. Il a bien voulu,

---

(1) PINARD. Voir *Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine.*

PAQUY. *Des grossesses développées dans des trompes saines.* Thèse inaugurale, 1897.

d'une façon très flatteuse, rappeler mon opinion à propos de la conduite à tenir dans les cas de grossesse extra-utérine. Je profite de la circonstance pour préciser la conduite que je tiens et que je conseille.

D'une façon générale, l'intervention dans les cas de grossesse extra-utérine doit avoir pour but l'extériorisation du sac, celle-ci se faisant par laparotomie ou par élytrotomie.

L'intervention, à moins de cas exceptionnels, doit se borner à extraire le fœtus. L'extraction immédiate du placenta ne doit être tentée que quand le fœtus est mort depuis très longtemps, ou dans les cas où les parois du kyste n'existent pas.

L'extirpation du sac ne doit être tentée que quand on a la certitude qu'il n'y a pas d'adhérences, ce qui est absolument exceptionnel.

C'est en suivant ces préceptes que, sur 25 cas que j'ai opérés, seul, ou en collaboration, je compte 25 succès (1).

Le 8 juin, M. le Dr Tuffier nous communiquait une observation intitulée : *Grossesse extra-utérine abdominale. Kyste sous-hépatique. Laparotomie latérale. Extraction d'un fœtus. Guérison*, et dont voici le résumé :

Femme de 32 ans, qui lui est adressée parce qu'elle a une tumeur de l'hypochondre droit, tumeur sur la nature de laquelle on hésite, et dont le point de départ a été successivement placé dans le foie et dans le rein.

C'est une femme amaigrie, un peu jaune, et dont les antécédents pathologiques seraient les suivants : toujours bien portante jusqu'à 22 ans, elle aurait eu, à ce moment, une série de coliques hépatiques ne s'étant pas renouvelées depuis ce moment. Premier accouchement spontané d'un enfant vivant, en 1894. Deuxième grossesse en 1895. Vers le troisième mois de cette grossesse, douleurs dans l'hypochondre droit, survenant brusquement, et s'accompagnant de vomissements, embarrras gastrique et légère teinte subictérique. Bientôt, apparition d'une tuméfaction diffuse dans l'hypochondre droit. Les accidents aigus dévièrent peu, et laissèrent une sensation de pesanteur dans la région hépatique avec irradiation dans l'épaule et le membre supérieur droit. Cet état douloureux persista jusqu'à la fin de la grossesse, si bien que cette femme fut obligée de garder le lit presque constamment pendant la grossesse.

---

(1) Voir Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine, in *Annales de Gynécologie*, avril 1889, juillet, août, septembre 1892. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 9 août 1895. — *Fonctionnement de la Clinique Baudelocque*, 1893, 1894, 1895, 1896.

Au mois d'avril 1896, accouchement spontané à terme, d'un enfant vivant, et actuellement bien portant.

Huit jours après son accouchement, nouvelle crise *dite hépatique*, et accompagnée d'ictère. Cette crise laisse un état douloureux de la région biliaire, et une tuméfaction bien nette : douleur et tuméfaction qui augmentent par poussées, sans rétrocession entre les crises, et avec ictère d'intensité variable.

Le 4 juin 1896, deux mois après son accouchement, M. Tuffier l'examine et constate, exactement dans la région de la vésicule biliaire, la présence d'une tumeur du volume d'une tête d'adulte, arrondie, difficile à délimiter en haut, où elle se confond avec le foie, et en bas, où elle se perd dans l'abdomen. Elle est perceptible par le palper lombaire, et ballotte nettement. Sa consistance est ferme, rénitente et peut-être fluctuante ?

L'utérus est mobile, un peu volumineux, les culs-de-sac sont libres et on place nettement le bord cubital de la main entre son fond et la tumeur.

Le diagnostic est hésitant et flotte entre une hydronéphrose ou une hydropisie de la vésicule. Cependant M. Tuffier et trois de ses collègues penchent pour cette dernière manière de voir.

Opération le 15 juin 1896. Laparotomie sur le bord externe du muscle grand droit. « En arrivant sur le tissu sous-péritonéal, je le trouve, dit M. Tuffier, induré, lardacé et nettement enflammé. Avant d'ouvrir le péritoine, je palpe de nouveau la tumeur et il ne me reste plus aucun doute sur sa nature. Je perçois en effet, et je fais percevoir par les assistants le phénomène de la *collision crépitante,* due au frottement les uns sur les autres des calculs contenus, à n'en pas douter, dans la tumeur. Je poursuis mon incision à travers le tissu induré, les deux feuillets péritonéaux adhéraient et je tombe dans une poche kystique d'où s'écoule un flot de liquide noirâtre. Je débride mon incision par en bas et j'aperçois une surface grise couverte de petits poils. Introduisant mes doigts dans le kyste, je reconnais une tête et un corps de fœtus macéré que j'extrais facilement.

C'était un fœtus de cinq mois environ. La poche fut nettoyée, asséchée et garnie de gaze iodoformée, le placenta ayant été laissé en place. La plaie abdominale fut rétrécie par quelques points de suture.

Les suites de l'opération furent aussi simples que possible. La température ne dépassa pas 37°,8. Pansement à la gaze iodoformée d'abord, puis aseptique, tous les trois jours, et lavages. Élimination du cordon

et du placenta à partir du douzième jour. Cicatrisation de la profondeur vers la superficie. Guérison complète le 17 août.

Cette observation est remarquablement intéressante par les particularités suivantes :

1° Grossesse ectopique coexistant avec une grossesse utérine, cette dernière évoluant normalement jusqu'à terme.

2° Kyste fœtal n'ayant aucun rapport avec l'excavation pelvienne et siégeant dans l'hypochondre droit.

Le fait de la coexistence d'une grossesse utérine et d'un kyste fœtal, bien qu'exceptionnel, n'est pas absolument rare. Mais il faut distinguer deux cas bien différents et cette distinction doit être faite à propos de l'observation de M. Tuffier. En effet, une grossesse peut survenir chez une femme ayant un kyste fœtal ancien, ou bien une grossesse gémellaire, peut-être à la fois utérine et extra-utérine, c'est-à-dire qu'ici les deux fœtus se développent en même temps, l'un dans l'utérus, l'autre dans un kyste fœtal.

Le Dr Schuhl (Joseph), dans une thèse inspirée par nos deux collègues les professeurs F.-J. Herrgott et A. Herrgott, et intitulée : *Des grossesses extra-utérines anciennes dans leurs rapports avec les grossesses utérines subséquentes* (Nancy, 1883), a étudié particulièrement les cas des grossesses évoluant chez des femmes ayant un kyste fœtal. Déjà, en 1883, il put rassembler et étudier 57 observations de ce genre, dont la première date de 1720. Depuis, un certain nombre d'observations semblables ont été publiées.

La grossesse gémellaire intra et extra-utérine simultanée a été étudiée par Robert Barnes, Parry et surtout B. Brown (in *Gynecological Transactions*, vol. VI, 1882). Dans son travail, Brown a rassemblé toutes les observations publiées (1). Elles étaient en 1882 au nombre de 24, nombre qu'on pourrait aisément grossir aujourd'hui.

A laquelle de ces deux variétés doit se rapporter l'observation de M. Tuffier?

Il est impossible, je pense, d'être absolument affirmatif, mais je crois être dans le vrai en la rangeant dans la catégorie des grossesses gémellaires intra et extra-utérines simultanées, et je m'appuie pour cela sur les raisons suivantes : 1° Cette femme ne s'était jamais aperçue de la présence d'une tumeur abdominale avant sa dernière

(1) Tableau publié dans les *Annales de Gynécologie*, en 1889, et dans mon article « Grossesse », du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

grossesse. Elle avait toujours été bien réglée, et enfin, l'examen du fœtus que j'ai pu avoir sous les yeux dénotait que ce produit de conception, âgé seulement de cinq mois environ, ne présentait pas les modifications, les transformations qu'il aurait manifestement subies si sa rétention avait été de longue date.

Mon interprétation est donc la suivante : deux fœtus se développant simultanément, l'un dans l'utérus, l'autre dans un kyste fœtal, l'ectopique mourant vers le cinquième mois, l'utérin se développant jusqu'à terme.

Maintenant je dois rechercher pourquoi le kyste fœtal était si haut placé et occupait l'hypochondre droit. Je ne connais pas d'observation analogue, et presque tous les auteurs qui ont traité ce sujet insistent sur ce fait que, dans la pluralité des cas de grossesse gémellaire intra et extra-utérine simultanée, le placenta du kyste fœtal était inséré directement sur l'utérus.

Je ne puis ici faire que des hypothèses, et la plus vraisemblable me paraît être la suivante :

Le kyste fœtal, jouissant d'une mobilité relative, a été entraîné, soulevé, en haut et à droite, dans la grande cavité abdominale, par l'utérus gravide, et là il s'y est fixé par des adhérences et n'a pu redescendre et suivre l'organe gestateur.

Cette situation insolite du kyste fœtal, jointe au souvenir des accidents hépatiques antérieurs et coïncidant avec une teinte subictérique de la malade, devait, pour ainsi dire, logiquement entraîner M. Tuffier à une erreur de diagnostic. Je pense, pour ma part, que n'ayant pas vu cette femme pendant sa grossesse, c'est-à-dire alors que les deux œufs étaient vivants, ne l'ayant examinée que deux mois après la mort du fœtus contenu dans le kyste fœtal, cette erreur était fatale et eût été commise par tous, surtout si l'on veut bien encore remarquer cette coïncidence de la crépitation osseuse se faisant percevoir au lieu d'élection de la collision crépitante des calculs biliaires.

Si une erreur de diagnostic a été commise, ce ne fut pas, heureusement, au détriment de la malade. M. Tuffier, c'est-à-dire le chirurgien habile que l'on connaît, voulut bien se conduire en accoucheur dans cette circonstance, au grand bénéfice de son opérée. Il se contenta d'extraire le fœtus et laissa le placenta s'éliminer spontanément. Deux mois après, la paroi kystique s'était accolée, la plaie abdominale était fermée et la femme avait recouvré la santé complète avec l'intégrité absolue de son appareil génital.

Cette dernière considération n'est pas, je pense, à dédaigner, car j'ai déjà vu survenir des grossesses utérines chez deux de mes opérées ; l'une, opérée depuis cinq ans, est accouchée il y a trois ans d'un enfant vivant, et est venue hier à la clinique Baudelocque, savoir si son deuxième enfant se présente bien, car elle est actuellement enceinte de huit mois. L'autre, opérée depuis deux ans, est enceinte de six mois.

BIBLIOGRAPHIE

Corps étrangers de l'utérus (Di Fremdkorper des Uterus. Zuzammenstellung von 550 Beobachtungen am der Literatur und Praxis), par Franz Ludwig. Neugebauer, Breslau, 1897.

Neugebauer dans ce travail relate 63 cas de corps étrangers vrais (anneaux, aiguilles, épingles, pessaires, masse de cheveux, etc.). Dan une autre catégorie il réunit les lombrics, les échinocoques ; dans une troisième il décrit les corps non étrangers à l'organisme, mais étrangers à l'utérus (matières fécales, fragments de tumeur ovarienne, abcès de voisinage). On trouve dans ce travail un cas de fistule utéro-rectale, un bien plus étrange de fistule utéro-gastrique, etc.

En somme, travail très documenté et que l'on consultera avec fruit lorsqu'on sera amené à faire quelques recherches sur la question.

Éventration consécutive à la laparotomie, son traitement (Ventral hernia resulting after abdominal section, and its treatment), par Andrew, F. Currier.

Du traitement opératoire des annexites, par le Dr Audian. Avec 16 figures. Thèse de Paris, 1897.

Parallèle entre l'accouchement prématuré et la symphyséotomie dans les bassins rétrécis de 8 centim. et demi à 9 centim. et demi. D. Audebert. Paris, 1897, Steinheil.

Après avoir consacré un chapitre à l'accouchement prématuré et un second à la symphyséotomie, tout en ayant soin d'élaguer à propos de l'histoire et de la technique de ces deux opérations tout ce qui est devenu aujourd'hui de notion courante, M. Audebert arrive, dans un troisième chapitre, à l'exposition de 45 observations personnelles inédites, dont l'examen lui a permis de se faire une opinion dans une

question aujourd'hui encore controversée. Il s'agit de 45 cas d'accouchement dans des bassins rétrécis de 8 cent. et demi à 9 cent. et demi, qu'il a pu observer durant ses quatre années de clinicat dans le service du professeur. Moussous (Bordeaux). Ces cas se répartissent ainsi :

			MORTALITÉ MATERNELLE	MORTALITÉ INFANTILE
Accouch. provoqués...	7	....	0 p. 0/0	42,85 p. 0/0
Accouch. à terme.....	38	spontanés... 18	0 p. 0/0	0 p. 0/0
		artificiels.... 20	0 p. 0/0	13,17 p. 0/0

A la suite de cette première statistique, l'auteur place celle de ses 4 premières symphyséotomies dont il se garde, à cause du très petit nombre de cas, d'exagérer la valeur.

Symphyséotomie, 4. Mortalité maternelle, 0. Mortalité infantile, 0.

M. Audebert a pensé, avec raison croyons-nous, que, pour bien juger entre l'accouchement prématuré et la symphyséotomie, il ne fallait pas se contenter d'envisager seulement les cas dans lesquels, le bassin étant rétréci, on a pratiqué l'une ou l'autre opération; mais aussi ceux où, dans les mêmes conditions, l'accouchement s'était fait spontanément à terme. Car dans ces derniers cas, si l'on s'était conformé aux indications courantes de l'accouchement prématuré, on eût fait cette opération, dont la terminaison naturelle de la grossesse, à terme, a montré l'inutilité. Or, prenant le chiffre de la mortalité infantile dans les accouchements provoqués et dans les accouchements spontanés à terme, il arrive à cette proposition, formulée déjà par Fehling, que dans les bassins rétrécis de 8 cent. et demi à 9 cent. et demi l'accouchement spontané à terme donne de meilleurs résultats que l'accouchement prématuré. Quant à la mortalité maternelle, elle a été nulle dans tous les cas. D'autre part, analysant les observations dans lesquelles il a fallu intervenir à terme, il montre que, 6 fois seulement, on a dû faire des opérations (forceps au détroit supérieur) dont la gravité eût légitimé l'exécution de la symphyséotomie. Au résumé : 1° On fait souvent l'accouchement prématuré dans des cas qui, laissés à eux-mêmes, se termineraient spontanément à terme; 2° dans les cas de bassin de 8 cent. et demi à 9 cent. et demi, il y a tout avantage à laisser la grossesse arriver à terme ; 3° la mortalité des enfants venus avant terme, si l'on ne tient pas compte seulement de la mortalité *rapide*, mais aussi de la mortalité *différée*, est considérable; 4° 3 fois sur 4, l'accouchement se fera, à terme, spontanément; 5° si, à terme, la

tête fœtale ne s'engage pas sous l'influence de la contraction utérine, la symphyséotomie fournit un moyen sûr et peu dangereux, grâce à une antisepsie absolue et au perfectionnement actuel de sa technique, de sauver la vie de l'enfant tout en respectant celle de la mère.

R. LABUSQUIÈRE.

VARIÉTÉS

Le Congrès périodique de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie tiendra sa deuxième session à Marseille, du *8 au 15 octobre 1898*, sous la présidence du professeur PINARD.

La section de Gynécologie sera présidée par M. Pozzi ; la section de Pædiatrie par M. Broca.

Les communications devront être annoncées avant le 1er août.

Toute demande de renseignements et tout envoi d'adhésion et de fonds peuvent être adressés au professeur Queirel, secrétaire général du Congrès, 20, rue Grignan, Marseille.

Le prix de la cotisation est de 20 francs par membre, elle donne droit à la participation aux travaux, aux fêtes, aux excursions et au vote du Congrès et à la distribution gratuite des volumes contenant les rapports sur les questions proposées et toutes les communications faites au Congrès.

NÉCROLOGIE

Péan.

Un des grands noms de la chirurgie française vient de disparaître.

Dans la nuit du 29 au 30 janvier dernier, est mort à Paris le Dr Péan. Quelles que soient les critiques que soulève encore aujourd'hui l'attitude professionnelle de Péan, l'avenir conserve son nom, comme celui d'un des hommes qui ont occupé une large place dans l'histoire de la chirurgie, non seulement en France mais dans le monde entier.

Né à Châteaudun le 29 novembre 1830, chirurgien des hôpitaux en

1865, Péan avec son activité infatigable, a su se créer une situation considérable. Un des premiers, dès 1864, alors qu'il n'était que simple prosecteur, il pratiqua à Paris l'ovariotomie.

Chirurgien audacieux, ingénieux inventeur d'instruments, créateur de méthodes chirurgicales nouvelles, il fit incontestablement progresser la chirurgie. La vulgarisation de la forcipressure, dont il eut le tort de s'approprier la découverte aux dépens de Kœberlé, lui est certainement due ; et, sans lui, l'emploi des pinces ne se serait peut-être pas aussi rapidement répandu. C'est lui qui, le premier, a fait chez l'homme la résection du pylore. La splénotomie, l'hystérotomie furent parmi les opérations qu'un des premiers il pratiqua. L'attaque des tumeurs par leur centre, leur ablation par morcellement sont choses qui lui appartiennent.

Ce sont ces dernières méthodes qui l'ont conduit à préconiser l'hystérectomie vaginale dans le traitement des suppurations pelviennes. Nous croyons que ses procédés opératoires doivent céder le pas à d'autres plus parfaits. N'empêche qu'ils ont marqué une étape dans l'histoire de la chirurgie.

Péan est mort en pleine activité physique et intellectuelle, brusquement enlevé par une congestion pulmonaire. Au moment où l'heure de l'honorariat des hôpitaux avait sonné pour lui, il n'avait pas voulu déserter la lutte et avait créé de ses deniers un hôpital qu'il dénomma hôpital international. Ce nom était bien choisi, car si Péan fut vivement critiqué par beaucoup de ceux qui le connaissaient de près et ne pouvaient approuver la façon dont il comprenait les devoirs du médecin, il fut à Paris le chirurgien international par excellence, celui qui étonnait, par son activité et son habileté manuelle, les praticiens venus de tous pays pour assister à ses longues séances opératoires.

ERRATUM

Dans le dernier numéro des *Annales de Gynécologie*, article de M. le Dr Vitrac, *Fibrome polykystique malin de l'utérus*, page 66, avant-dernière ligne, *lire :* matriciel, *au lieu de :* cicatriciel.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1898

TRAVAUX ORIGINAUX

HUIT OBSERVATIONS DE SYMPHYSÉOTOMIE

Par le Dr **G. Lepage.**

Les différentes questions qui se rapportent à la pratique de la symphyséotomie ne pourront être résolues d'une manière judicieuse qu'à la condition que chaque accoucheur fasse connaître le résultat de sa pratique. C'est dans le seul but d'apporter notre contribution personnelle à cette œuvre d'ensemble que nous publions les huit observations suivantes ; elles ont été recueillies : les trois premières, pendant des suppléances de courte durée, faites dans les Maternités de l'hôpital Tenon (1894), de l'hôpital Saint-Louis (1895) et de la Charité (1895); les cinq dernières ont été prises dans le service de notre maître et ami le Dr Ribemont-Dessaignes, pendant le temps trop court où nous avons eu l'honneur d'être son assistant.

Nous devons ajouter que la publication d'observations ainsi isolées ne suffit point pour permettre de trancher les différentes questions qui se posent au sujet de la meilleure conduite à tenir dans les viciations pelviennes. Ce n'est qu'en indiquant les résultats obtenus pour une série de rétrécissements du bassin observés dans le même service qu'on apporte des éléments pouvant servir de base solide à la discussion ; c'est ce que fait, depuis 1892, chaque année, le professeur Pinard et il est à regretter que son exemple ne soit pas suivi davantage.

OBS. I. — *Bassin rétréci, légèrement asymétrique.* — *Diamètre P. S. P. 9 centim.* — *Symphyséotomie faite le 27 août 1894*, par M. LEPAGE.

La nommée P..., âgée de 19 ans, entre le 27 août 1894 à la Maternité de Tenon (service du Dr Champetier de Ribes, suppléé par le Dr Lepage).

Cette femme n'a marché qu'à 5 ans et demi. Vers 5 ans, fracture de la cuisse droite, depuis marche en boitant. Elle a été nouée dans l'enfance et présente un genu valgum. Réglée à 14 ans, régulièrement.

Cette femme est accouchée une première fois dans le service en 1893 ; accouchement spontané à terme (?) d'un enfant de 1,880 gr. par le sommet ; l'enfant est mort-né.

On constate alors un bassin irrégulier, sacrum redressé, angle dévié à gauche, diamètre P. S. P. 9 centim. (sans déduction), angle sacro-vertébral peu élevé.

2e grossesse. Dernières règles du 19 au 22 novembre 1893. La grossesse a été normale.

La femme entre dans le service le 27 août 1894 à 5 heures du matin. Elle a de fortes douleurs depuis minuit et demi.

Examen du squelette. — Le fémur droit est très arqué et dévié en dehors, le membre droit est plus court que le gauche de 2 centim. Tibias légèrement arqués en avant. Ensellure lombaire dans l'attitude couchée. Pas trace de nodosités aux membres supérieurs, cartilages costaux durs, quelques nodosités costales. Tête petite, front bas.

Examen du bassin, fait avec la main après l'accouchement.— Bassin très irrégulier et très étroit, sacrum dévié à gauche, redressé. Diamètre P. S. P. 9 centim.

L'enfant paraît gros, tête au-dessus du détroit supérieur en G. T. Orifice utérin dilaté comme une paume de main au moment des contractions utérines. Poche des eaux intacte. Au moment où j'examine la femme, je constate des bruits du cœur irréguliers, sourds et très ralentis. La tête débordant notablement le pubis, je décide de faire d'urgence la symphyséotomie. Après l'anesthésie chloroformique et les précautions antiseptiques d'usage, je commence à midi 27 l'incision de la peau, sectionne la symphyse et produis l'écartement avec l'instrument de Farabeuf.

A midi 42, rupture artificielle des membranes :

Le liquide amniotique est épais, vert foncé. La tête s'amorce un peu.

12 h. 45. J'hésite à appliquer le forceps en raison de l'élévation de la tête, et je fais pousser la femme pendant quelques minutes.

12 h. 50. Application de forceps en raison de l'état de souffrance très accusé du fœtus.

12 h. 54. Commencement des tractions.

12 h. 59. On retire le forceps. Battements du cœur du fœtus à 80. Écartement de 7 centimètres et demi au moment où la tête est en train de se dégager.

1 h. 4. Expulsion d'un fœtus en état de mort apparente.

1 h. 8. Commencement de l'insufflation.

1 h. 10. Tractions de la langue.

1 h. 12. On cesse les tractions; on reprend l'insufflation.

1 h. 20. On cesse l'insufflation, frictions à l'alcool.

1 h. 22. Tractions de la langue.

1 h. 23. Bain chaud.

1 h. 25. Délivrance naturelle et complète. Placenta 610 gr.

1 h. 25. On reprend l'insufflation.

1 h. 33. Suture avec crins de Florence. Pansement.

1 h. 40. On cesse le chloroforme.

L'enfant, du sexe masculin, pesait 3,060 gr. : il n'a pu être ranimé.

AUTOPSIE. — Congestion intense des sinus de la dure-mère, de la face externe du cerveau. Pas de lésions intra-cérébrales. Pas de fracture du crâne. Poumons sains. Cœur normal. Foie congestionné.

Le 1er septembre. Soir, temp. : 38°,4. Pouls à 140.

La température et le pouls retombent à la normale.

Le 3. On enlève les fils. Plaie réunie. La femme sort sur sa demande le 13 septembre.

Elle marche sans plus de difficultés qu'à l'entrée. Elle a toujours boité. La symphyse n'est pas douloureuse au toucher.

La malade est revue le 27 septembre; elle a repris son travail, se porte bien, et n'a aucune difficulté pour la marche.

RÉFLEXIONS. — Cette femme a un bassin très vicié ; l'enfant avait déjà souffert beaucoup, probablement de compression du cordon, avant l'intervention, ainsi que le prouvent les résultats donnés par l'auscultation et la couleur foncée du liquide amniotique. Si la symphyséotomie n'a pu lui permettre de vivre, elle a été pour lui la seule chance de salut, sans que la femme ait couru aucun danger.

OBS. II. — *Bassin rétréci.* —*Symphyséotomie.*

La nommée B..., âgée de 27 ans, IIIpare, entre à la Maternité de la Charité (service du Dr Porak, suppléé par le Dr G. Lepage).

Pas de maladie dans son enfance. A marché à 10 mois. Réglée à 16 ans, régulièrement. Première grossesse, à 19 ans et demi. Accouchement à terme à la campagne. Après plusieurs applications de forceps infructueuses, version podalique. Deux heures d'extraction : l'enfant est mort-né.

Deuxième grossesse à 21 ans et demi. Accouchement à terme à la campagne. Version podalique après plusieurs applications de forceps infructueuses. Longue extraction. Enfant mort-né.

Grossesse actuelle. — Vomissements et dyspnée pendant les derniers mois. A senti remuer à 4 mois.

Cette femme a été examinée au cours de sa grossesse, le 5 mars on a constaté que le bassin était peu vicié, le promontoire est difficilement accessible. Le diamètre promonto-sous-pubien est de 11 centimètres.

30 mars. 10 heures du soir. *Examen de l'utérus* : Hauteur 36 centim. Utérus volumineux. — *Palper*. Plan dorsal à gauche. Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. Petites extrémités dans le flanc droit. — *Auscultation.* Le foyer d'auscultation est à gauche et en bas de l'ombilic. Bruits soufflés. Le cœur bat à 154.

Le col est entr'ouvert, mou, perméable, difficile à atteindre; il est déchiré et présente une lèvre antérieure et une lèvre postérieure bien nettes.

Pas d'albumine dans les urines.

10 heures du soir. Rupture spontanée des membranes.

Le 31, 8 h. 30 matin. O.I.G.A. Tête appliquée sur le détroit supérieur. Pas de dilatation du col. Violentes douleurs depuis deux heures du matin. Les battements du cœur du fœtus sont à 154.

11 h. 50 matin. Pas de dilatation du col. Tête non engagée, mobile. Le col déchiré dans les accouchements précédents, donne la sensation d'une ouverture transversale avec deux lèvres semblant un peu épaissies. M. Lepage constate que le bassin est vicié : Diam. prom. sous-pubien 10 centim.

2 heures soir. Dilatation comme cinquante centimes. Tête non engagée. Battements du cœur fœtal normaux.

5 heures soir. Dilatation comme deux francs. Tête non engagée. Bruits du cœur fœtal normaux.

7 heures soir. Dilatation comme cinq francs.

9 heures soir. Dilatation comme cinq francs. Tête non engagée. Battements de cœur fœtal à 160.

11 heures soir. Même situation de la tête avec une dilatation assez étendue dans la largeur, mais laissant subsister dans le diamètre antéro-postérieur deux lèvres l'une antérieure, l'autre postérieure, épaisses de un centimètre environ et distantes d'environ trois centimètres. Tête non engagée. Battements du cœur fœtal à 150.

1er avril, 2 heures matin. La dilatation a augmenté un peu. La distance de la suture sagittale au bord inférieur de la symphyse est de 4 centim. environ. La tête est encore élevée. L'enfant perd du méconium très épais en assez grande quantité. Les bruits du cœur sont ou très ralentis ou très accélérés. M. Siron, interne du service, fait prévenir le Dr Lepage qui remplace actuellement le Dr Porak. En attendant l'arrivée de M. Lepage on refait une toilette complète de la vulve et du vagin et on rase toute la vulve. Les bruits du cœur sont auscultés toutes les dix minutes à peu près et donnent les signes décrits plus haut.

4 heures matin. A l'arrivée de M. Lepage, les pulsations fœtales égalent 96 par minute, tantôt accélérées, tantôt ralenties. Chevauchement très marqué des os du crâne. La tête inclinée sur le pariétal postérieur déborde la symphyse; comme elle n'est pas descendue on décide de faire la symphyséotomie. La chloroformisation est commencée à 4 h. 35.

4 h. 45 matin. — Incision des téguments, la commissure supérieure de la vulve étant fixée par une pince et légèrement tirée en bas et dans l'axe médian.

4 h. 55. Incision de la symphyse très haute.

5 heures. La symphyse est ouverte et semble donner un écartement suffisant non mesuré. On attend pendant dix minutes l'expulsion spontanée qui ne se produit pas, bien que la malade ait été laissée sans chloroforme et qu'on l'engage à pousser. Cette manœuvre ne réussissant pas, on fait reprendre le chloroforme.

5 h. 10. M. Lepage applique le levier préhenseur de Farabeuf qu'il arrive à articuler facilement et par des tractions d'abord en bas, puis la rotation faite, presque horizontales, il parvient à dégager la tête.

5 h. 20. L'expulsion du fœtus est terminée. L'enfant naît étonné mais fait presque immédiatement plusieurs inspirations, après quelques insufflations il pousse les premiers cris à 5 h. 25.

5 h. 30. Délivrance spontanée, membranes complètes. Lavage de la vulve, injections au sublimé dans le vagin, au permanganate de potasse dans l'utérus.

5 h. 40. Sutures aux crins de Florence, une profonde au milieu de la plaie avec un crin double et quatre superficiels. Intégrité des parties molles. Gaze iodoformée dans le vagin. Pansement de la plaie à la gaze iodoformée.

Examen de l'enfant. — Tête très ossifiée. Chevauchement considérable du pariétal droit sur le pariétal gauche. Le pariétal droit chevauche sur le frontal droit, le pariétal gauche est placé sous le frontal, sous le pariétal droit, au-dessus de l'occipital.

Léger chevauchement du frontal gauche sur le frontal droit. Occipital très enfoncé sous les pariétaux. L'empreinte du promontoire est marquée juste au-dessus de la bosse pariétale gauche.

La prise de l'instrument a été régulière, on remarque seulement après l'extraction l'empreinte de la cuiller postérieure sur la joue gauche venant à 1 centim. 5 de la commissure labiale.

La mère et l'enfant ont quitté le service en bon état ; la mère a eu plusieurs élévations de température et des menaces de phlébite.

Obs. III. — *Bassin rétréci probablement asymétrique. — Présentation de l'extrémité céphalique (variété frontale). Symphyséotomie.*

La nommée B..., femme L..., âgée de 35 ans, ménagère, entre à la Maternité de Saint-Louis le 2 avril 1895 à une heure du matin.

Cette femme ne sait à quel âge elle a commencé à marcher ; elle présente une légère incurvation des tibias.

Elle est enceinte pour la 9e fois ; elle ne peut donner que des renseignements assez incomplets sur ce qui s'est passé lors des accouchements antérieurs.

Les 1er et 2e accouchements ont été terminés par le forceps : le 1er enfant est mort pendant le travail, le 2e peu de temps après la naissance. Le 3e accouchement a été spontané. La 4e grossesse s'est terminée par une fausse couche de 6 mois. Les 5e, 6e, 7e et 8e grossesses se sont terminées par la naissance d'enfants vivants. Ces accouchements ont été spontanés, sauf le 8e pour lequel on a employé le forceps.

Grossesse actuelle. — Dernières règles au commencement de juillet. Rien de particulier dans le cours de cette grossesse : pas d'albumine dans les urines. Les membranes se sont rompues spontanément le 30 mars à 4 heures du matin.




—40
—35
—30
—20
—10
—80
—70
—60
—50
—40
—30
—20

A son entrée, tête en bas, non engagée, mobile au détroit supérieur ; dos à gauche. Le col est effacé ; on arrive sur les deux fontanelles. Enfant vivant.

A 10 heures du matin, dilatation complète; la malade souffre beaucoup ; elle s'agite, demande à être délivrée de suite et veut s'en aller.

A 11 heures du matin, M. Lepage examine cette femme avec quelque difficulté, le fond de l'utérus remonte à trente et un centimètres au-dessus de la symphyse. Au palper, fœtus de volume moyen. Tête en bas, plus accessible du côté droit où l'on arrive sur une surface large, étendue. Dos à droite.

Foyer d'auscultation, à droite à hauteur de l'ombilic. Au toucher, dilatation bien complète ; tête non engagée. Bosse séro-sanguine étendue masquant sutures et fontanelles. Dans la matinée on sentait encore la fontanelle antérieure. En suivant la tête avec le doigt, on arrive à gauche sur l'arcade orbitaire et la racine du nez. *Présentation de la tête en variété frontale*, très inclinée sur le pariétal postérieur. *Bassin vicié ;* angle sacro-vertébral bas. Diamètre promonto-sous-pubien : 10 centim. 2. Tentatives infructueuses de flexion de la tête par manœuvres combinées.

Dans la journée, douleurs régulières d'intensité moyenne ; on prolonge d'autant plus l'expectation que la malade a déjà eu des accouchements spontanés. La bosse séro-sanguine augmente, mais la tête ne s'engage pas.

A 5 h. 10 du soir, la femme est soumise à l'anesthésie chloroformique.

Tête très élevée et inclinée sur le pariétal postérieur qui recouvre le détroit supérieur ; une main du fœtus se trouve en arrière et à gauche ; à droite au-dessus de l'occiput, on sent le cordon qui bat. Dilatation bien complète. Il ne semble pas y avoir de disproportion notable entre la tête et le bassin suivant le diamètre antéro-postérieur. La dystocie paraît surtout due à l'inclinaison de tête la et à sa déflexion. L'utérus est trop rétracté sur le fœtus et la tête trop appliquée sur l'orifice du détroit supérieur pour songer à la version. M. Lepage tente, sans agrandissement préalable du bassin, une application du levier préhenseur-mensurateur de Farabeuf ; difficultés assez grandes pour le placement du crochet. Pendant ces tâtonnements, la cuiller postérieure a glissé. On retire l'instrument, après quelques tractions légères. Turgescence très accusée des organes génitaux externes, surtout du côté droit ; la grande lèvre droite est volumineuse. Déjà pen-

dant la désinfection préalable du vagin et des grandes lèvres, ces tissus saignent facilement.

La symphyséotomie est décidée : après soins antiseptiques habituels, incision vertico-médiane avec un bistouri ordinaire. Débridements latéraux des parties molles sus-pubiennes avec des ciseaux mousses. Section de la symphyse pubienne de haut en bas avec le bistouri-serpette sur le doigt gauche comme conducteur. Hémorrhagie assez abondante de la plaie ; la grande lèvre droite est volumineuse, la face interne en est tendue et luisante : il s'y développe un hématome. Après section de la symphyse, une éponge est mise dans la plaie pubienne. On fait l'extraction du fœtus avec le levier préhenseur : quelques difficultés pour le placement de la cuiller antérieure ; articulation facile.

Après quelques tractions la tête s'engage ; la bosse séro-sanguine volumineuse empêche de bien reconnaître la partie qui descend la première. On essaie la rotation de l'occiput en avant : la résistance est grande. Par le toucher on sent dans la partie gauche du bassin le globe oculaire et la racine du nez. Rotation ramenant alors la face de gauche à droite en mento-pubienne.

Le menton est dégagé sous la symphyse; l'occiput se dégage au niveau de la commissure postérieure. Deux circulaires serrés autour du cou. Lorsque le fœtus est extrait, il s'exhale une odeur infecte des organes génitaux.

Pas de déchirure des parties molles antérieures ni du périnée. La grande lèvre droite est tendue au maximum et prête à se rompre.

L'enfant est pâle ; il est ranimé sans insufflation. C'est une fille pesant 3,020 gr. ; le diamètre bi-pariétal mesure 86 millim., le bi-temporal 82 millim. La tête se renverse en arrière, en déflexion marquée. Bosse séro-sanguine volumineuse, siégeant sur tout le frontal gauche, empiétant sur la paupière supérieure du même côté, s'arrêtant sur le pariétal gauche à 1 centim. en arrière de la suture fronto-pariétale. Chevauchement très accusé du pariétal gauche sur le droit. L'occipital chevauche sur le bord postérieur des deux pariétaux, surtout du côté gauche. L'instrument n'a laissé d'empreinte qu'au-dessous et en avant de l'oreille gauche.

Délivrance par expression française à 6 heures et demie du soir. Placenta fétide, membranes macérées, de couleur grisâtre. Irrigation utérine.

En pressant sur la grande lèvre droite, il s'écoule un peu de sang

par la plaie pubienne. Fissure de 3 centim. à la partie supérieure de la lèvre droite, sortie de quelques caillots ; 3 crins de Florence sur cette solution de continuité. La plaie pubienne est suturée par 2 crins profonds et 3 superficiels. Pansement ouaté et iodoformé.

Les suites de couches ont été apyrétiques. Température maxima 37°,6.

L'enfant a présenté le 7 avril au niveau du maxillaire supérieur gauche un petit abcès par lequel il s'est écoulé du sang noirâtre.

La mère et l'enfant quittent le service le 28 avril, en bon état, l'enfant pesait 2,920 gr.

En examinant cette femme le jour de son départ, M. Lepage constate qu'elle boite en marchant; cette claudication est antérieure à l'accouchement. Il existe un raccourcissement de 2 centim. du membre inférieur droit. En regardant la femme en arrière, on constate que la fesse droite présente un aplatissement marqué; le sillon interfessier est incliné de haut en bas et de droite à gauche. Le toucher, pratiqué sans chloroforme, semble montrer que le bassin est un peu aplati à droite.

Obs. IV. — *Femme envoyée de la banlieue. — Rétrécissement du bassin. — Applications infructueuses de forceps faites avant l'entrée de la femme dans le service. — Symphyséotomie.*

La nommée T. R..., âgée de 27 ans, est amenée à la Maternité de Beaujon le 8 février 1897, à 9 h. 30 du soir. Elle y est adressée par un confrère d'Argenteuil qui a joint la note suivante :

27 ans, primipare, bassin de 75 millim. de diamètre antéro-postérieur, rupture des eaux à 7 heures du matin. Dilatation complète à 3 heures et demie. Application de forceps infructueuse à 5 heures. Promontoire très saillant. Enfant vivant. Tête en position transversale, occiput à gauche.

Cette femme donne les renseignements suivants. Elle n'a marché qu'à 8 ans, sans pouvoir dire quelle est l'affection dont elle était atteinte. Réglée depuis l'âge de 12 ans et demi, la menstruation est régulière.

Elle est enceinte pour la première fois. D. R. 18-20 mai. Depuis le début de la grossesse cette femme a toujours toussé ; mais elle est très grippée depuis quelques jours. A minuit, M. Lepage examine cette femme et constate que les membres inférieurs sont très viciés par le rachitisme, l'utérus n'est pas très développé; malgré le petit volume du fœtus, la tête fait une saillie considérable au-dessus du bord supérieur du pubis. On prépare tout pour pratiquer une symphy-

séotomie. Au toucher, le bassin paraît petit de tous côtés. Diamètre promonto sous-pubien, 93. Faux promontoire sacré. Après les précautions antiseptiques d'usage, à minuit et demi on commence l'incision. La vulve est très reportée en avant, le clitoris est inséré très haut sur la symphyse pubienne. La section de la symphyse présente quelques difficultés. Elle est faite doucement de haut en bas sans se servir de la rugine de Farabeuf. L'hémorrhagie est de quantité moyenne. A minuit 43 on place l'écarteur et on produit un écartement de 6 centim.

On cherche à produire l'engagement spontané de la tête fœtale, mais l'utérus se contracte mal. On applique le levier préhenseur de Farabeuf qui donne une mensuration de 79 millimètres. A minuit 52, M. Lepage extrait un garçon pesant 2,400 gr. et mesurant 48 centimètres de longueur. La tête est aplatie et déformée, il existe un chevauchement du pariétal gauche sur le pariétal droit. L'occipital est enfoncé sous les pariétaux. A 1 centimètre au-dessous de la bosse pariétale gauche et à 7 millimètres au-dessus d'une ligne horizontale passant par l'hélix existe une petite eschare de la dimension d'une pièce de 20 centimes. Elle résulte manifestement d'une compression prolongée produite par le promontoire.

Diamètres de la tête :	O.M. : 12	B.P. : 7,8
	O.F. : 11	B.T. : 6,9
	S.O.B. : 9	S.M.B. : 9,9
	S O.F. : 10	

L'enfant est assez vite ranimé sans insufflation. A 1 heure du matin, délivrance artificielle. Le placenta pèse 270 gr. Membranes 5/27. Pas de communication de la plaie pubienne avec le vagin. Lésions vulvaires surtout marquées à gauche. Deux points de suture au crin de Florence. La suture de la plaie pubienne est faite avec deux fils d'argent. Les sutures superficielles au crin de Florence. Périnée intact. Température après l'opération 38°,2. Vingt centim. cubes de sérum de Marmoreck.

9 février. La malade tousse beaucoup et se plaint de souffrir du ventre au moment des quintes de toux. Une piqûre de morphine. Une pilule de 5 centigr. d'extrait thébaïque. Champagne glacé. Lait. T. m. 38°,2 ; T. s. 37°,5.

Le 10. Une piqûre de morphine et 10 centim. cubes de sérum de Marmoreck.

Pas de garde-robe ; T. m. 37°,5 ; T. s. 38°,3. A minuit la température s'élève à 39°,1. La malade urine involontairement chaque fois qu'elle tousse, ce qui est fréquent.

Le 11. T. m. 38°,5; T. s. 38°, 2. On enlève le tamponnement vaginal. Injection vaginale et utérine. 4 gr. d'extrait mou de quinquina. Sirop de codéine.

Le 12. T. m. 37°,5; T. s. 38°,7. La malade a dormi la nuit. 0,50 centigrammes de calomel.

Le 13. T. m. 37°,5; T. s. 38°,5.

Le 14. T. m. 37°,5; T. s. 40° après frissons. La malade a pris le matin 30 gr. d'huile de ricin. A 7 heures du soir on pratique un curettage qui ramène quelques débris. Pas d'odeur. Avant de pratiquer le curettage on enlève les deux points de suture au fil d'argent. La plaie pubienne paraît réunie. Pas de gonflement ni de douleur.

Le 15. La malade a passé une assez bonne nuit. T. m. 38°,8; T. s. 39°,2. Pas de frisson.

Le 16. T. m. 37°,4; T. s. 37°,8. On enlève les points de suture et on retire le pansement intra-utérin.

Le 17. T. m. 36°,6; T. s. 38°.

Le 18. T. m. 37°,2; T. s. 37°,6. Nuit bonne. La malade perd toujours ses urines chaque fois qu'elle tousse. On la met sur le bassin toutes les deux heures, mais elle ne peut uriner.

Le 20. Crevasses des seins. Pansement avec compresses boriquées. La femme tousse un peu moins mais elle continue à perdre ses urines.

Le 21. 0,50 centigr. de calomel. T. m. 37°; T. s. 39°,3. La femme accuse de la céphalée frontale intense et une vive douleur dans le genou gauche. On craint uue phlébite.

Le 22. T. m. 38°,5; T. s. 41°. La femme souffre toujours beaucoup du genou gauche. Enveloppement laudanisé. Pas de gonflement ni de douleur sur le trajet des vaisseaux.

Le 24. T. m. 37°,5. T. s. 38°,1. La malade va mieux; la douleur du genou a beaucoup diminué.

Le 25. T. m. 37°; T. s. 38°,5.

Le 26. T. m. 37°,4; T. s. 37°,6.

Les jours suivants la température devient normale.

Le 28. La malade n'urine plus sous elle. Elle ne tousse plus.

Au 5 mars. La femme prend un grand bain. Elle conserve bien ses urines.

Le 6 mars. Elle commence à se lever.

Pendant les neuf premiers jours l'enfant est élevé exclusivement par la nourrice. Il pèse le neuvième jour 2 kilogr. 515 gr. Du dixième au

quatorzième jour la mère le nourrit, mais la sécrétion lactée est peu abondante. On est obligé de le remettre à l'allaitement mixte. L'eschare tombe le quatorzième jour. Il se forme une petite plaie profonde et suppurante.

Le 10. La malade va bien. Elle a pu retenir ses urines toute la journée.

Le 11. Sous l'influence d'une forte émotion, incontinence partielle d'urine ce matin.

Le 14. Elle quitte le service. Elle marche bien, sans douleurs au niveau des articulations. Pas d'incontinence d'urine. L'enfant a un bon état général, mais sa plaie crânienne n'est pas cicatrisée et donne issue à un peu de pus. La femme quitte le service bien que son enfant ait encore besoin de soins.

Obs. V. — *Bassin rachitique. — Diam. Pr.-sous-pub. 10 centim. — Symphyséotomie.* (N° **286**.)

La nommée D..., âgée de 29 ans, secondipare, entre à la Maternité de Beaujon le 15 mars 1897.

N'a marché qu'à 20 mois.

Premier accouchement : enfant (fille) morte pendant le travail.

Grossesse actuelle. — D. R. 26-30 mai. Le travail a débuté le 13 mars à 6 heures du soir. Les membranes se sont rompues prématurément. La femme est amenée à la salle de travail le 15 mars à 9 heures du soir. Utérus très développé. Le fond est à 41 centimètres au-dessus de la symphyse. Diamètre P. S. P. 10 centimètres. Angle sacro-vertébral élevé. L'enfant se présente par le sommet en O.I.D.T. Après symphyséotomie M. Lepage extrait le 16 mars à minuit 20, un enfant du sexe féminin pesant 3 kilogr. 620 gr. Les principaux diamètres de la tête sont :

O.M. : 13,7	B.P. : 9,7
O.F. : 11,4	B.T. : 8,9
S.O.B. : 10,2	S.M.B. : 10,1
S.O.F. : 11,1	

La bosse séro-sanguine est peu marquée. Tête très ossifiée, aplatissement du côté droit. Le pariétal gauche surplombe fortement le pariétal droit et chevauche sur le frontal gauche. Léger chevauchement du frontal gauche sur le pariétal gauche. En arrière, le pariétal gauche recouvre le pariétal droit et l'occipital. La tête était inclinée sur le

pariétal postérieur. L'instrument n'a laissé que peu de traces sur la tête fœtale. L'enfant n'a crié que cinq ou six minutes après la naissance, mais il n'a pas été nécessaire pour le ranimer de recourir ni aux tractions rythmées ni à l'insufflation.

Délivrance artificielle à minuit et demi pour terminer l'opération. Le placenta pèse 750 grammes. Membranes 12/14.

16 mars. T. m. 37°,5 ; T. s. 37°,3. La femme va bien.

Le 17. A 5 heures du matin, 1re miction spontanée. 1 litre d'urine. T. m. 37°, 1 ; T. s. 37°,4. L'enfant commence à téter sa mère dans la matinée.

Le 18. T. m. 37°,3 ; T. s. 37°,5. M. Morel enlève le pansement vaginal. Une garde-robe abondante à la suite d'un lavement. La plaie est en assez bon état. L'enfant pèse 3 kilogr. 390 gr.

Le 19. T. m. 37°,5 ; T. s. 38°. L'état général est bon, mais la femme souffre des seins. Gerçures et crevasses du mamelon.

Le 20. La plaie opératoire est en bon état, mais il existe un œdème assez considérable de la grande lèvre droite. T. m. 37°,4 ; T. s. 38°,3.

Le 21. T. m. 37°,6 ; T. s. 38°. M. Lepage enlève 2 crins de Florence et un fil d'argent. Léger suintement au niveau des points de suture. Le soir, M. Morel fait une injection intra-utérine au sublimé. Pas d'odeur du liquide, pas de débris membraneux.

Le 22. T. m. 37°,6 ; T. s. 38°. Céphalalgie frontale. Langue un peu sale. 15 gr. eau-de-vie allemande. Œdème de la grande lèvre gauche. 2 mictions spontanées par jour.

Le 23. M. Lepage enlève les 3 derniers fils : 1 d'argent, 2 crins de Florence. La plaie opératoire est bien réunie. T. m. 37°,2 ; T. s. 38°,4.

Le 24. T. m. 37°,4 ; T. s. 37°,8. L'enfant va bien et pèse 3 kilog. 600. Il est toujours allaité par sa mère.

Le 25. T. m. 38° ; T. s. 38°,6. État saburral de la langue. 20 gr. eau-de-vie allemande.

Le 26. T. m. 37°,8 ; T. s. 38°,6. Après une garde-robe abondante, la femme a, le soir, un léger frisson à la suite duquel elle présente 38°,5 de temp.

Le 27. T. m. 37°,5 ; T. s. 38°. La malade se trouve bien le matin ; la céphalalgie a disparu. Douleur assez vive au niveau de la jambe gauche sans œdème ni localisation au niveau de la veine. Lavement glycériné. Garde-robe abondante.

Le 28. La douleur de la jambe a disparu sans traitement. En raison des phénomènes d'infection intestinale qu'a présentés depuis plusieurs

jours la malade, on prescrit chaque jour un grand lavement d'un litre d'eau bouillie. Les jours suivants, la temp. reste normale.

1er avril. La malade va bien et demande à se lever. Aucune douleur au niveau des articulations ni des membres inférieurs.

La malade se lève le 10 avril et quitte le service le 21, marchant sans difficulté.

Son enfant pèse à la sortie 3 kilogr. 880 gr.

Obs. VI. — *Applications infructueuses du forceps et du levier-préhenseur. Symphyséotomie,* par M. Lepage. — *Enfant vivant pesant 4,050 grammes et mort quarante-huit heures après sa naissance. Bassin légèrement rétréci. Angle accessible.* (N° **938**).

La nommée L..., 40 ans, primipare, se présente à la Maternité de Beaujon le 5 août 1897.

Cette femme a marché à un an ; elle a toujours bien marché ; réglée à 13 ans régulièrement, n'a jamais été malade.

D. R. 8 novembre 1896. La grossesse a évolué normalement.

A l'examen :

Palper. — Utérus volumineux remontant à 36 cent. au-dessus de la symphyse pubienne. Dos à gauche. Tête non engagée au détroit supérieur. Les bruits du cœur sont entendus à gauche et en avant.

Toucher. — Excavation vide. Col non effacé. Bassin légèrement rétréci, angle accessible.

Vu la primiparité et l'âge de cette femme, elle est admise dans le service (salle Baudelocque, n° 42).

Le 16 août, à 11 heures du matin, apparition des premières douleurs (les membranes étant rompues prématurément depuis le matin à 6 heures).

La dilatation est comme 50 centimes, tête amorcée au détroit supérieur, position G. T.

1 heure soir. Dilatation comme un franc. Tête au même niveau. Bruits du cœur normaux.

3 heures soir. Dilatation comme cinq francs. Tête en G. T. Les bruits du cœur sont bons.

5 heures soir. Dilatation petite paume de main, la tête n'a pas progressé. Bruits du cœur normaux.

9 heures soir. Dilatation comme une grande paume de main, la tête a descendu un peu dans l'excavation.

11 heures soir. Dilatation presque complète.

Minuit. Dilatation complète, la tête est descendue dans l'excavation (??). Bruits du cœur normaux.

On engage la femme à pousser, ce qu'elle fait énergiquement. Cependant la tête reste toujours au même niveau. La rotation n'est pas faite.

Le 17, 4 heures matin. Malgré les efforts expulsifs assez énergiques de la femme, la tête n'a pas progressé. Les battements du cœur commencent à se ralentir. M. Mortagne, interne du service, est prévenu. À son arrivée on entend les bruits du cœur assez faibles, mais réguliers; toutefois la malade étant très fatiguée et la dilatation complète depuis 4 heures environ pendant lesquelles la femme a fait des efforts expulsifs sans aucun résultat, M. Mortagne décide de faire une application de forceps.

Après les précautions d'usage, la tête étant en G. T. la branche gauche est introduite, puis on place ensuite la branche droite que l'on articule.

Mais au cours de ces mouvements M. Mortagne sent à la partie postérieure une main procidente ou tout au moins tendant à s'engager, accolée au pariétal postérieur; on la réduit avant d'appliquer les branches.

On essaie des tractions modérées, n'ayant serré qu'au minimum la vis de pression : la tête ne progresse pas. On tente de faire, sur place, la rotation : le forceps dérape.

La main droite étant de nouveau introduite pour une nouvelle application, on sent la main dont la procidence s'est reproduite et s'est même accentuée; on la réduit et on procède à une nouvelle application qui n'est pas plus heureuse que la première.

Pensant que cette procidence est le seul obstacle à l'engagement de la tête et à son extraction, M. Mortagne fait donner un peu d'éther à la malade dans l'espoir de refouler assez haut le membre procident.

La malade étant endormie, M. Mortagne réduit en effet le bras sans trop de difficulté, mais il sent alors que le promontoire fait une saillie très prononcée; il juge alors inutile de faire une nouvelle tentative. M. Lepage est appelé. Il constate que la tête est mal fléchie, inclinée sur son pariétal postérieur; il existe une bosse séro-sanguine sur le pariétal antérieur, mais permettant quand même de sentir les extrémités de la suture sagittale qui est assez rapprochée de la symphyse pubienne.

Pensant que la vitalité de l'enfant est déjà compromise, M. Lepage

hésite à pratiquer une symphyséotomie d'emblée et tente d'appliquer le levier de M. Farabœuf. Difficulté pour articuler et ramener la branche antérieure (la branche avait été dirigée de droite à gauche). Une seconde application est faite, cependant elle ne donne aucun résultat, la tête restant toujours au même niveau. M. Lepage décide alors de faire la symphyséotomie.

A 6 h. 45. Incision des tissus présymphysiens. 6 h. 50. Incision de l'articulation. L'écartement provoqué est de 5 centimètres.

Application facile du levier. A 6 h. 55, extraction d'une fille née étonnée, rapidement ranimée après frictions et bains sinapisés, pesant 4,050 gr. A 7 heures matin, délivrance artificielle complète.

7 h. 10. Trois points de suture au fil d'argent, six points superficiels au crin de Florence. Pansement à l'iodoforme. Ceinture de flanelle et ceinture de gymnastique.

L'enfant présente un chevauchement considérable des pariétaux sur les frontaux, bosse séro-sanguine très volumineuse; il a un enfoncement ou une fracture du pariétal gauche.

O.M. : 14	S.O.F. : 10,2
O.F. : 12	B.P. : 9
S.O.F. : 9,2	B.T. : 7,2

Un peu de sang s'écoule par les narines et par la bouche. On note une petite déchirure de l'oreille au niveau du sillon auriculo-mastoïdien.

Ptosis de la paupière supérieure gauche. Paralysie du membre supérieur gauche qui retombe inerte dès qu'on le soulève. Au reste l'enfant est extrêmement mou, mais cependant la flaccidité est notablement plus marquée à gauche; il est incontestable qu'il y a paralysie de ce côté. L'état général paraît assez bon, mais M. Lepage fait de grandes réserves sur la vitalité de l'enfant.

A 2 heures du soir l'enfant prend 5 gr. de lait, cyanose après la tétée. On fait des inhalations d'oxygène.

4 h. 30 s., 5 gr. de lait ; à 9 heures, 5 gr. de lait.

Le 18. 4 fois dans la nuit l'enfant a pris 5 gr. de lait ; inhalations d'oxygène avant les tétées, pas de cyanose à la suite.

Jusqu'à 5 heures du matin l'état général est assez bon. A 8 heures la température s'élève à 40°,3. État syncopal. M. Mortagne prévenu ordonne des bains sinapisés et des compresses glacées sur la tête.

M. Lepage fait mettre l'enfant en couveuse. Le ptosis a presque disparu, mais les membres du côté gauche sont toujours dans le même état.

A 11 heures, on essaie de faire prendre une cuillerée de lait, mais l'enfant le rejette.

3 heures soir. 10 gr. de lait sont gardés ; inhalations d'oxygène. Le soir l'enfant semble aller un peu mieux, mais dans la nuit il se cyanose. On donne de l'oxygène, bain sinapisé ; malgré cela l'enfant meurt à 5 heures du matin le 19 août.

Autopsie, 36 heures après la mort. — Les viscères abdominaux et thoraciques sont normaux. Le foie seul est un peu hypertrophié.

Le cuir chevelu est le siège d'un épanchement séro-sanguin abondant à la partie supérieure et postérieure de la tête.

La calotte osseuse est enlevée circulairement. Nombreuses hémorrhagies méningées siégeant à droite au niveau de la fosse moyenne.

Il existe une trace de fracture parallèle au rocher. A gauche, hémorrhagies méningées dans la fosse occipitale.

Suites de couches, 17 août à 5 heures soir. — La malade va bien, la température est de 38°,4. Injection vaginale au sublimé et pansement iodoformé.

Tympanisme ; on prescrit benzo-naphtol et poudre de charbon.

Le 18. État général satisfaisant ; la malade a passé une bonne nuit. La température est de 36°,8. Injection vaginale, lochies abondantes sans odeur. A 5 heures du soir la température est de 37°,2.

Le 19, 9 heures. Temp. 37°,2 ; la malade va bien ; œdème de la vulve ; plaie en bon état ; on fait une injection vaginale.

5 heures soir. Temp. 37°,8. Céphalalgie.

Le 20, 9 heures, 37°,6. L'œdème n'a pas diminué, la plaie va bien. Congestion des seins. Compresses chaudes.

Le 21, matin, 36°,8. La malade va bien ; le soir, 38°,6. Douleur très vive au niveau de l'épaule gauche ; laudanum et teinture d'iode.

Le 22. La douleur a disparu ; état général meilleur, œdème persistant de la vulve, injection vaginale et pansement idioformé. Plaie en parfait état.

A 5 heures soir, 37°,6.

Le 23 matin, 36°,8, la malade va bien ; le soir, 38°, céphalalgie frontale, un lavement glycériné.

Le 24, 0,50 calomel, garde-robe abondante, plaie en bon état ; on enlève les fils, la plaie va bien.

Le 31. Premier lever de la malade, aucune douleur au niveau des articulations.

La malade part en bon état le 4 septembre 1897.

Obs. VII. (1132.) — *Secondipare. Gros œuf. Bassin normal. Symphyséotomie. Extraction du fœtus avec le levier préhenseur-mensurateur. Enfant vivant du poids de 5,200 grammes.*

La nommée M..., âgée de 28 ans, secondipare, entre à la Maternité de Beaujon (service du Dr Ribemont-Dessaignes, suppléé par le Dr G. Lepage) le 3 octobre à 4 heures du matin. Père et mère bien portants.

Antécédents personnels. — Érysipèle de la face à 16 ans. Première grossesse à 26 ans et demi, en 1895; accouchement à terme terminé par une application de forceps après un travail de 30 heures: extraction d'un gros enfant du sexe masculin mort pendant le travail.

Grossesse actuelle. — D. R. 15-20 décembre 1896.

Examen à l'entrée. Femme de taille moyenne, fortement charpentée, bien musclée. Elle présente un épais bourrelet d'œdème sus-pubien qui remonte jusqu'à l'ombilic et s'étale sur les parois de l'abdomen.

L'utérus très développé, légèrement dévié à droite de la ligne médiane, a la forme d'un ovoïde à grand axe vertical; son fond est à 48 centim. au-dessus de la symphyse.

Au palper. — Tête dure, volumineuse, au détroit supérieur, non engagée; dos à droite; siège et petites extrémités au fond de l'utérus. Auscultation: bruits du cœur fœtal à droite de la ligne médiane, un peu au-dessous de l'ombilic.

Toucher. Membranes rompues, dilatation deux francs, partie fœtale très élevée, non engagée, tête très ossifiée.

Depuis son arrivée la malade a des contractions utérines fréquentes, douloureuses qui se suivent toutes les cinq minutes. Les premières douleurs se sont fait sentir le 3 octobre à 2 heures du matin. M. Lepage l'examine à neuf heures et demie et porte le diagnostic de gros fœtus se présentant par le sommet en D. T.

10 h. 30 matin. 1 bain d'une heure. Au sortir du bain la malade est plus calme, crie et s'agite moins, mais cet état dure peu et les contractions reparaissent à midi, intenses, prolongées, douloureuses.

4 heures du soir. La partie fœtale toujours élevée commence à s'amorcer; la dilatation est égale à une paume de petite main, la lèvre antérieure du col, comprimée entre la tête fœtale et les parois osseuses du bassin, est le siège d'un léger œdème. La fontanelle postérieure est à droite et en arrière, la bosse séro-sanguine qui commence à se former et qui bouche l'orifice de dilatation empêche de suivre la suture sagittale.

10 heures soir. La dilatation égale une paume de main, la lèvre antérieure de plus en plus infiltrée enserre la tête fœtale mi-partie au détroit supérieur, mi-partie dans l'excavation et la maintient en transversale.

Les contractions utérines réapparaissent violentes, douloureuses toutes les cinq minutes et sont accompagnées d'efforts d'expulsion énergiques. Cette lutte se prolonge jusqu'à 1 heure du matin, sans produire de modifications du côté de l'orifice utérin et sans amener la descente de la tête immobilisée en D. T. La bosse séro-sanguine seule progresse et augmente de volume. L'état général de la malade est bon. Température 37°,5. Pouls à 80. Hauteur de l'utérus 45 centim.

L'enfant ne paraît pas souffrir. Nombre des battements du cœur fœtal 160, pas d'issue de méconium.

M. Lepage, prévenu à 2 heures du matin par M. Proust, interne du service, conseille de préparer tout ce qui est nécessaire pour faire une symphyséotomie.

2 h. 30. La malade est épuisée, les contractions utérines s'espacent. Vomissements des liquides absorbés dans la soirée et la nuit.

A 7 heures du matin la dilatation n'ayant fait aucun progrès depuis 10 heures du soir, M. Lepage fait la symphyséotomie.

4 octobre, 7 h. 15. La malade est endormie à l'éther.

7 h. 32. Section de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané.

7 h. 35. Section de la symphyse.

7 h. 40. Mise en place de l'écarteur de Farabeuf, 5 centim. et demi d'écartement.

7 h. 43. Injection vaginale.

7 h. 53. Introduction de la cuiller postérieure courte du levier préhenseur-mensurateur de Farabeuf.

7 h. 54. Introduction de la cuiller antérieure. Articulation, traction, engagement, descente, rotation de la tête.

7 h. 57. La tête est au niveau de l'orifice vulvaire, l'écarteur est enlevé, les pubis rapprochés.

8 heures. Expulsion spontanée du fœtus; un circulaire autour du cou et autour du tronc, peu ou pas de difficulté pour le passage des épaules, ligature tardive du cordon. L'enfant naît étonné, la respiration est lente à s'établir ; frictions, flagellation, bain sinapisé, l'enfant crie à 8 h. 10.

8 h. 15 Délivrance par expression, du sang fluide s'écoule en assez

grande quantité sous l'influence du décollement placentaire. Le placenta se présente par le bord, le cordon coupé au ras de la vulve, remonté dans le vagin, est expulsé en dernier lieu.

Pas de lésion des parties molles.

8 h. 20. Deux sutures profondes au fil d'argent, sutures superficielles au crin de Florence.

L'enfant du sexe masculin pèse 5,200 gr Les principaux diamètres de la tête sont :

O.M. :	14,9	B.P. :	9,9
O.F. :	14,3	B.T. :	9
S.O.B. :	10,5	S.M.B. :	10,5
S.O.F. :	11		

Grande circonférence	43c
Moyenne	38c,5
Petite	35c,5
Diamètre bi-acromial	15c,5

Examen de l'enfant. — Tête très ossifiée ; empreinte de l'angle sacro-vertébral à la hauteur de la bosse pariétale droite. En arrière de la suture fronto-pariétale, chevauchement du frontal et du pariétal gauche sur le frontal et le pariétal du côté opposé. Dans le sens transversal les deux frontaux sont enfoncés sous les deux pariétaux.

Suites de couches. — Les jours suivants, état général satisfaisant.

7 octobre. Une purgation, eau de Sedlitz, deux lavements glycérinés dans la journée, garde-robe abondante. Plaie en bon état.

Le 9. Le matin, température 36°,8. La malade a bien reposé, un lavement glycériné, une garde-robe abondante. Le soir, 38°,2 ; la malade se plaint de souffrir des seins qui sont douloureux à la palpation.

Le 11. Température 37°,5. État général satisfaisant, toujours un peu d'œdème de la vulve, plaie de la symphyse en bon état. Les lochies sont très abondantes et sanguinolentes.

Le 12. Ce matin la température est de 38°,2, crevasses des seins. M. Lepage enlève les fils, pas de suppuration, il constate de la rougeur du sein gauche, donne le conseil de cesser l'allaitement momentanément, compresses boriquées et poudre d'acide borique sur les seins. Le soir la température est de 39°,2. La rougeur a cependant beaucoup diminué, 0,50 sulfate de quinine.

Température maxima 39°,2.

Le 14. La malade va bien. Température matin 37°. Un lavement glycériné, garde-robe abondante. Les lochies sont toujours très abondantes. Injections vaginales chaudes, plus de rougeur des seins, une petite crevasse du sein droit; on cesse les compresses boriquées.

Le 16. Crevasse du sein droit, poudre d'acide borique sur le mamelon. Température 37°,4. La malade va bien.

Le 18. État très satisfaisant, organes génitaux en parfait état.

Premier lever de la malade le 29 octobre.

Départ le 9 novembre.

La malade revient le 30 novembre à la consultation, M. Lepage l'examine; la malade lève bien les deux jambes, elle se plaint d'une sensibilité au niveau de l'articulation coxo-fémorale, pas au niveau de l'articulation sacro-iliaque. La cicatrice cutanée est un peu sensible, les mouvements dans la marche réveillent la douleur.

Par le toucher, pas de douleur à la partie postérieure de la symphyse pubienne.

Poids de l'enfant au départ, 5,340 gr.

Réflexions. — C'est de propos délibéré, et en m'appuyant sur l'une des conclusions du rapport de H. Varnier sur la symphyséotomie au Congrès de Moscou, que j'ai fait la symphyséotomie chez cette femme dont le bassin m'a paru normal et chez laquelle la dystocie a résulté de l'excès de volume du fœtus.

Obs. VIII. (**247**.) — *Rétrécissement du bassin. — Sacrum convexe. — Épines sciatiques saillantes. — Symphyséotomie. Enfant vivant pesant 3,150 gr.*

La nommée L..., 24 ans, secondipare, entre à la Maternité de Beaujon le 11 janvier 1898.

A marché à 28 mois.

Réglée à 11 ans régulièrement.

Première grossesse en 1894 : accouchement à terme, enfant vivant, bien portant (symphyséotomie par le Dr Ribemont-Dessaignes). Même père. Cette femme ressent les premières douleurs le 20 février à 9 heures du matin.

Nous constatons une tête amorcée au détroit supérieur, orientée en D. P. Le col est en voie d'effacement dilatable comme une pièce de un franc, les contractions sont assez énergiques et reviennent toutes les 20 minutes environ.

11 heures du matin. La dilatation est grande comme une pièce de deux francs, la tête est élevée au détroit supérieur, les contractions sont rapprochées et assez intenses. M. Lepage examine cette femme, et bien que la tête ne soit pas très élevée au-dessus du détroit supérieur, il pense qu'en raison de l'existence d'un retrécissement canaliculé, il est à craindre que l'accouchement ne se termine pas spontanément. A 2 heures du soir la dilatation est grande comme une pièce de cinq francs ; elle reste ainsi jusqu'à 6 heures du soir.

8 heures du soir. Dilatation comme une paume de main.

9 heures, la dilatation est complète, la femme fait inutilement des efforts d'expulsion.

M. Croisier, interne du service, fait une application de forceps; à la première traction, la tête ne descendant pas, M. Croisier n'insiste pas.

On fait demander M. Lepage qui décide de faire la symphyséotomie.

En examinant la malade, M. Lepage constate qu'il existe au niveau de la région prépubienne du tissu cicatriciel qui vient jusqu'au clitoris. On voit la trace de 4 sutures profondes et de 2 superficielles. Sur la partie latérale droite, à la partie supérieure du clitoris, existe une veine assez développée. Du reste, le système veineux des grandes et des petites lèvres est gorgé de sang. Il existe de légères hémorrhoïdes. Sur la partie latérale gauche, parallèlement au pli inguino-crural, il existe une cicatrice, de 5 centim. de long environ; cette cicatrice résulte d'une opération de cure radicale de hernie.

Au toucher, la tête semble peu volumineuse, non engagée, on arrive facilement sur les deux fontanelles, l'antérieure étant sur la partie latérale gauche du bassin.

A 11 h. 20, incision des tissus présymphysiens. La plaie saigne assez abondamment par suite de la richesse vasculaire veineuse de la région. Ce sang, joint à l'abondance du tissu cicatriciel ayant succédé à la première symphyséotomie, rend assez difficile la recherche et la section de la symphyse. Enfin, la symphyse est totalement sectionnée, mais en arrière d'elle, il existe encore un pont de tissu cicatriciel assez difficile à inciser. On introduit un écarteur qui donne un écartement de 4 centim. et demi. La tête tend à s'engager, on pousse l'écartement jusqu'à 5 centim. On cesse un peu l'anesthésie et l'onexcite la malade à faire des efforts expulsifs.

A 11 h. 55, grâce à ces efforts et grâce aussi à l'expression utérine, la tête se dégage, orientée dans le diamètre transversal, la fontanelle postérieure à droite.

La tête une fois dégagée on aperçoit le cordon qui fait procidence et qui a été comprimé pendant quelques instants pendant cette période d'expulsion.

Les épaules sont dégagées spontanément.

Pendant la période d'expulsion M. Lepage avait fait rapprocher l'une de l'autre les cuisses de la malade.

L'enfant est du sexe féminin et pèse 3,150 gr. Les principaux dia mètres de la tête sont :

O.M. : 13,5	B.P. : 8,5
O.F. : 11	B.T. : 7
S.O.B. : 9	S.M.B. : 9
S.O.F. : 12	

L'enfant, né étonné, est rapidement ranimé.

Il n'y a pas de déchirure du périnée. On pratique la délivrance par expression, on fait ensuite une injection intra-utérine au permanganate de potasse de 5 litres environ, puis d'une quantité égale d'eau bouillie.

On tamponne ensuite le vagin à la gaze stérilisée.

Minuit 15. On pratique les sutures : 3 points profonds au fil d'argent, 3 superficiels au crin de Florence. Pansement à la gaze stérilisée, puis application d'une ceinture de flanelle et par-dessus une forte ceinture de gymnastique maintenant en contact les deux os iliaques

Suites de couches. — Le cinquième jour, température 38°. Les jours suivants, la température est normale. La femme est encore actuellement (5 mars) dans le service.

En résumé, et sans vouloir entrer dans la discussion de ces observations, les huit femmes symphyséotomisées ont eu des suites de couches à peu près normales.

Quant aux enfants, l'un d'eux (obs. I) n'a pu être ranimé : son état de souffrance était très accusé avant l'intervention qui seule pouvait lui donner quelque chance de vie. Un autre enfant (obs. VI) a été extrait vivant, mais a succombé au bout de quarante-huit heures : sa mort est évidemment due aux interventions intempestives pratiquées avant la symphyséotomie. Cette observation montre une fois de plus combien les préceptes formulés par M. le Professeur Pinard sur la symphyséotomie *faite d'emblée* doivent être régulièrement suivis. Les six autres

enfants ont été extraits vivants et ont quitté le service en bon état.

Dans un autre travail (1) sur la symphyséotomie je concluais en disant que « loin d'avoir abusé de la symphyséotomie, je n'y ai pas eu recours aussi souvent que j'aurais dû le faire ». Je puis aujourd'hui conclure de même ; il me serait en effet facile de rapporter plusieurs observations dans lesquelles la symphyséotomie pratiquée de bonne heure eût seule permis de sauver les enfants sans faire courir aux mères des risques sérieux.

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR PINARD

RECHERCHES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

Par le Dr V. **Wallich**,
Chef de laboratoire à la Faculté.

Mes fonctions de chef de laboratoire de la Faculté de médecine à la clinique Baudelocque, dans le service de M. le professeur Pinard, pendant les années 1893, 1896 et 1897, m'ont fourni l'occasion de pratiquer de nombreuses autopsies de nouveau-nés. Pendant la première année en 1893, j'ai pratiqué ces autopsies avec la collaboration de mon ami le Dr Mussy, ancien interne de l'hospice des Enfants-Assistés, et plus tard chef de laboratoire du Dr Hutinel. Je viens soumettre quelques réflexions au sujet de ces autopsies, portant principalement sur *le rapport qui a pu être établi entre les lésions constatées et les circonstances particulières* qu'il a été donné de noter, *soit au cours de la grossesse ou du travail, soit dans les premiers jours de la vie*. Jusqu'ici les accoucheurs n'ont eu à tâche que

---

(1) *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, mars-avril 1896.

d'enregistrer le chiffre de la mortalité fœtale en raison de tel ou tel accident de la grossesse et du travail, j'ai voulu essayer d'exprimer, en regard de cet accident, non plus seulement le fait brutal de la mort du fœtus ou du nouveau-né, mais la lésion cause de sa mort, en me limitant pour le moment, à la constatation macrospique de cette lésion, sans essayer de l'étudier et de l'analyser dans son essence, et dans ses modalités cliniques ou anatomiques.

Je tiens à déclarer immédiatement, pour éviter toute confusion, que le chiffre de mes autopsies ne correspond pas au chiffre de la mortalité infantile totale du service, il faut en retrancher les nombreux fœtus nés morts et macérés, dont les altérations cadavériques masquent les lésions antérieures. Un certain nombre d'enfants n'ont pu être autopsiés pour des raisons administratives, ou des raisons d'ordres divers; plusieurs autopsies n'ont pu être faites par moi, afin de réserver la préparation et l'examen du squelette, ou ont été confiées à l'examen spécial de MM. Brissaud ou Dejerine. Il faut ajouter, comme écartés de ce travail, les fœtus ayant subi la basiotripsie après leur mort, et ceux présentant des monstruosités, qui, au point de vue actuel, devaient être laissées momentanément de côté. Enfin, parmi les enfants autopsiés, je ne parlerai pas de ceux pour lesquels je n'ai pu rétablir l'observation clinique de la mère.

Malgré toutes ces réserves j'ai pu conserver pour les étudier et les grouper 143 autopsies d'enfants, au sujet desquelles j'ai pu faire les observations qui suivent :

Les différentes lésions observées dans ces 143 autopsies m'ont paru susceptibles d'être groupées en :

1° **Lésions contemporaines de l'accouchement.**

2° **Lésions préexistant à l'accouchement.**

3° **Lésions développées après l'accouchement.**

Bien qu'il ne soit pas possible de considérer comme rigoureusement exacte la proportion des cas rangés dans chacune de ces classes, il est pourtant instructif de noter que 98 cas, soit environ les deux tiers du chiffre total des autopsies, ont pu

être rangés dans la première classe, « *des lésions contemporaines de l'acouchement* ». La deuxième classe, « *des lésions préexistantes à l'accouchement* », ne comprend que 17 cas. La troisième classe, « *des lésions développées après l'accouchement* », comprend 28 cas.

I

1re classe. — Lésions contemporaines de l'accouchement.

Dans cette classe, comprenant 98 cas, il a été donné d'établir deux groupes différents suivant la nature des lésions.

Un premier groupe de 58 cas dans lesquels ont été notées des *hémorrhagies* soit intra-crâniennes, soit abdominales.

Un deuxième groupe de 40 cas où la seule lésion notée est une simple *congestion viscérale.*

Premier groupe. — Hémorrhagies

Les cas d'hémorrhagies, au nombre de 58 sur 143 autopsies, montrent bien, en dehors de toute proportion rigoureuse, la grande fréquence de cette lésion chez le nouveau-né, puisqu'elle forme plus d'un tiers du chiffre total des autopsies. Ces hémorrhagies, dans la très grande majorité des cas, coïncident avec des violences subies par le fœtus au cours d'un accouchement artificiel ou même *spontané.*

Ces hémorrhagies, suivant leur siège, ont pu être divisées en deux catégories : hémorrhagies intra-crâniennes et hémorrhagies abdominales.

a) **Hémorrhagies intra-crâniennes.** — Elles sont les plus nombreuses, 55 cas sur 58 hémorrhagies ; il faut remarquer aussi qu'elles forment presque à elles seules, le tiers du chiffre total des autopsies : 143. Ces hémorrhagies intra-crâniennes ont pu, suivant leur siège, être divisées en :

1° Hémorrhagies méningées ;

2° Hémorrhagies méningées et cérébrales ;

3° Hémorrhagies cérébrales.

1° *Hémorrhagies méningées.* — Les hémorrhagies siégeant seulement dans les méninges ont été celles observées le plus fréquemment : 32 fois sur les 55 hémorrhagies intra-crâniennes.

Ces hémorrhagies des méninges méritent bien la place qui leur a été donnée ici, dans la classe des accidents contemporains de l'accouchement.

Les enfants qui ont présenté ces lésions d'hémorrhagie méningée, n'ont pas pu vivre longtemps après leur naissance. On peut noter parmi eux :

Fœtus mort-nés	8
— ayant vécu quelques heures	9
— — 1 jour	6
— — 2 jours	4
— — 3 jours	1
— — 6 jours	1
— — 8 jours	1
Durée de la vie non notée	2

La plupart de ces fœtus ont donc succombé avant le 3e jour de la vie. On ne peut nier l'influence qu'a pu avoir le travail de l'accouchement sur la production de ces lésions, surtout si l'on examine les incidents relevés dans les observations.

Dans 10 cas sur les 32 hémorrhagies méningées, il n'a pu être relevé de difficultés donnant la cause de cette lésion chez le fœtus, mais dans 20 cas on a pu noter des difficultés pouvant justifier les blessures du fœtus.

Il y a eu 3 fois présentation de l'épaule et version interne, une fois version mixte, 2 applications de forceps, 5 présentations du siège, 2 procubitus ou procidences du cordon, 3 fois placenta prævia, et 3 fois accouchement spontané dans des bassins viciés.

Dans un cas l'enfant a fait une chute en naissant sur la voie publique.

Donc 20 fois sur 32 cas il y a eu difficultés ou violences, exercées sur le fœtus.

Dans un cas la mère était asystolique et dans un autre albuminurique.

2° *Hémorrhagies méningées et cérébrales.* — Les hémorrhagies intéressant à la fois les méninges et le cerveau ont été observées avec moins de fréquence que les précédentes, 16 fois sur les 55 hémorrhagies intra-crâniennes. La mort est survenue encore plus rapidement que dans les cas d'hémorrhagie méningée seule. Il y a eu :

Fœtus mort-nés	4
— ayant vécu quelques heures	7
— — 1 jour	3
— — 11 jours	1
Durée de la vie non notée	1

Dans les observations, 5 fois il n'est noté aucune particularité au cours du travail pouvant expliquer la lésion, mais dans 4 cas il y a eu présentation du siège, dans 3 cas placenta prævia, dans deux cas compression du cordon, et dans un cas travail prolongé.

3° *Hémorrhagies cérébrales.* — Dans 7 cas seulement sur 55 hémorrhagies intra-crâniennes, l'hémorrhagie a été seulement cérébrale. Ces enfants ont peu vécu :

Fœtus mort-nés	2
— ayant vécu quelques heures	4
— — un jour	1

Dans un cas aucune particularité n'est notée au cours de la grossesse ou du travail, dans 2 cas il s'agit de fœtus syphilitiques, dans 3 cas il y a eu placenta prævia et dans un cas procidence du cordon.

b) **Hémorrhagies abdominales.** — Ces cas sont au nombre de 3, il s'agit de 3 hémorrhagies sous-capsulaires du foie, avec inondation de la cavité péritonéale.

Les trois fœtus sont nés morts.

Dans les 3 cas, il y a eu des traumatismes au cours du travail. Dans deux cas, placenta prævia, dans l'un avec procidence du

cordon; dans l'autre l'accouchement a eu lieu sur la voie publique. Enfin dans le troisième cas il y a eu un décollement du placenta.

Deuxième groupe. — Congestions viscérales

Les cas rangés dans ce groupe sont au nombre de 40. Il est hors de doute que sous cette étiquette de congestions viscérales, il y a un certain nombre de lésions, échappant à un examen général, et qui seront révélées par une analyse plus minutieuse. Les cas classés sous cette rubrique peuvent y être réunis par des caractères communs bien nets. Cette congestion viscérale est caractérisée par une congestion marquée de tous les viscères. Les méninges sont vivement injectées, et l'on trouve parfois de la suffusion sanguine. Le cerveau présente une coloration rosée hortensia. Les poumons sont congestionnés, il y a à leur surface des ecchymoses sous-pleurales de différentes dimensions, variant entre celles d'une tête d'épingle et d'une lentille. Les vaisseaux du cœur sont injectés, et l'on rencontre fréquemment des ecchymoses sous-péricardiques. On rencontre aussi des ecchymoses à la surface du thymus. Le foie est augmenté de volume, sa coloration est rouge violacé; à la coupe il laisse sourdre un sang très foncé.

La rate est augmentée de volume, très foncée, diffluente.

Les reins sont violacés, la substance corticale très foncée, et l'on voit au niveau des pyramides une vive congestion. Cette congestion généralisée à tous les viscères, constatée en dehors de toute autre lésion macroscopique, permet pour le moment d'examiner ces cas les uns à côté des autres. Ces lésions méritent de prendre place dans la classe des lésions contemporaines de l'accouchement, par le caractère commun qu'elles présentent avec les autres lésions de la même classe, c'est-à-dire le peu de durée de la vie.

C'est ainsi que sur les 40 cas de congestion viscérale il a été noté:

Fœtus mort-nés	14
— ayant vécu quelques heures	12

Fœtus ayant vécu de 1 à 5 jours		8
— —	de 5 à 10 jours	4
— —	au delà de 15 jours	1
Durée de la vie non notée		1

Sur ces 40 fœtus, 30 n'ont pas vécu au delà de 2 jours; on peut voir le nombre très élevé des mort-nés, et de ceux qui n'ont vécu que quelques heures.

Sur 40 cas de congestion viscérale, 7 fois il n'est noté aucune particularité au cours de la grossesse et du travail, dans 8 cas il y a eu placenta prævia, 5 présentations du siège, 4 applications de forceps, et 4 procidences et une compression du cordon, une version interne, une occipito-sacrée, un accouchement gémellaire, soit 25 accouchements à incidents divers.

Dans 8 cas on a noté des incidents divers tenant à l'état de santé de la mère. Dans un cas, intoxication par le plomb, dans 2 cas la mère était cardiaque, dans 3 cas la syphilis est signalée, dans 2 cas la mère était albuminurique.

Caractères communs aux différentes lésions rangées dans la première classe.

1° **État de développement des enfants**. — L'état de développement des enfants à leur naissance ne pouvant être apprécié d'après le calcul peu certain de l'âge de la grossesse, il m'a semblé préférable de prendre, comme indice de ce développement, le poids du fœtus. Il était intéressant de rechercher le rapport qui pouvait exister entre le développement du fœtus et la fréquence des différentes lésions rangées dans cette première classe.

Dans 6 cas sur les 98 de cette classe le poids n'a pu être relevé, mais, dans les 92 cas où il a pu être constaté, on peut remarquer que 16 fois seulement ce poids est au-dessus de 3,000 grammes; il s'ensuit que dans *76 cas sur 92 les lésions ont porté sur des enfants pesant au-dessous du poids moyen de 3,250 grammes.*

Les fœtus bien développés pesant 3,000 grammes et au-dessus

ne figurent qu'au nombre de 6 dans les 55 hémorrhagies intra-crâniennes (soustraction faite des 5 poids inconnus) ; on en voit déjà le double, c'est-à-dire 12, parmi les fœtus de 2,500 à 3,000 gr. Le reste des hémorrhagies intra-crâniennes, c'est-à-dire 32 cas proviennent des fœtus, manifestement nés d'une façon prématurée, leurs poids étant au-dessous de 2,500 grammes.

Exception faite pour les hémorrhagies du foie, qui ont été observées 2 fois sur 3 sur des fœtus de 3,000 grammes ou au-dessous, on peut noter ce caractère commun de toutes les lésions, décrites dans cette première classe, qu'elles ont porté d'une façon très marquée sur des fœtus présentant un poids au-dessous de la normale. (Voir tableau n° 1.)

TABLEAU 1.

1re CLASSE. — **Lésions contemporaines de l'accouchement.**

POIDS DES ENFANTS

POIDS DES ENFANTS	HÉMORRHAGIES INTRA-CRANIENNES: MÉNINGÉES	HÉMORRHAGIES INTRA-CRANIENNES: MÉNINGÉES ET CÉRÉBRALES	HÉMORRHAGIES INTRA-CRANIENNES: CÉRÉBRALES	HÉMORRHAGIES ABDOMINALES: FOIE	CONGESTIONS VISCÉRALES	TOTAL
Au-dessus de 3,000 gr...	4	2	»	2	8	16
De 3,000 à 2,500 gr.....	8	2	2	»	9	21
— 2,500 à 2,000 gr.....	6	2	»	»	8	16
— 2,000 à 1,500 gr.....	7	3	3	1	4	18
1,500 et au-dessous......	5	4	2	»	10	21
Poids inconnus.........	2	3	»	»	1	6

2° **Durée de la vie.** — La majorité des enfants ayant présenté les lésions d'hémorrhagie ou de congestions viscérales ont succombé rapidement. Sur les 98 cas de cette classe : 4 fois la durée de la vie n'a pu être notée, 31 enfants sont nés morts, et 32 n'ont vécu que quelques heures, 11 ont vécu un jour. Le fait à retenir est que 73 *fœtus sur 94 n'ont pas atteint le deuxième jour.* Ce deuxième jour a pu être dépassé par des nouveau-nés atteints d'hémorrhagie méningée seule (dans 7 cas sur 32), et par des

nouveau-nés présentant de la congestion viscérale (12 fois sur 40), mais ce deuxième jour n'a pas été dépassé dans les cas d'hémorrhagie à la fois méningée et cérébrale, ni cérébrale toute seule. Les hémorrhagies du foie ont entraîné la mort immédiate. (Voir tableau n° 2.)

TABLEAU 2.

2e CLASSE. — **Lésions contemporaines de l'accouchement.**

DURÉE DE LA VIE DE L'ENFANT

	HÉMORRHAGIES INTRA-CRANIENNES			HÉMORRHAGIES ABDOMINALES	CONGESTIONS VISCÉRALES	TOTAL
	MÉNINGÉE	MÉNINGÉE ET CÉRÉBRALE	CÉRÉBRALE	FOIE		
Mort-nés	8	4	2	3	14	31
Fœtus ayant vécu quelques heures.	9	7	4	»	12	32
— 1 jour.......	6	3	1	»	1	11
— 2 jours......	4	»	»	»	3	7
— 3 —	1	»	»	»	3	4
— 4 —	»	»	»	»	1	1
— 5 —	»	»	»	»	»	»
— 6 —	1	»	»	»	1	2
— 7 — .. .	»	»	»	»	»	»
— 8 —	1	»	»	»	2	3
— 9 —	»	»	»	»	1	1
— 10 —	»	»	»	»	»	»
— de 10 à 15 jrs..	»	»	»	»	»	»
— au delà de 15 jrs.	»	1	»	»	1	2
Inconnus.................	2	1	»	»	1	4

3° **Particularités notées au cours de la grossesse et de l'accouchement.** — *Sur les* 98 *cas* de cette classe, 26 fois on n'a pas noté d'incidents au cours de la grossesse et du travail. Il faut dire que dans la plupart de ces cas il s'est agi de fœtus d'un développement très insuffisant. Abstraction faite de ces 26 cas, 72 *fois on a pu relever des particularités.*

On peut remarquer sur le tableau n° 3 que 17 fois sur 72, il y a eu *placenta prævia,* sans autre incidents, car le placenta prævia se trouve encore dans d'autres cas, rangés sous les étiquettes de présentations du siège et de procidences. Ces 17 cas comprennent : 6 hémorrhagies intra-crâniennes, 1 hémorrhagie du foie, 10 congestions viscérales. A ces 17 cas on peut ajouter

1 cas de décollement prématuré du placenta ayant entraîné une hémorrhagie du foie. Parmi les accidents au cours du travail il faut remarquer : la *procidence*, le *procubitus* ou la *compression du cordon*, ayant coïncidé 6 fois avec des hémorrhagies intra-crâniennes et 4 fois avec des congestions viscérales.

TABLEAU 3.

1re CLASSE. — **Lésions contemporaines de l'accouchement.**

PARTICULARITÉS NOTÉES AU COURS DE LA GROSSESSE OU DU TRAVAIL

	HÉMORRHAGIES				CONGESTIONS VISCÉRALES	TOTAL
	INTRA-CRANIENNES			ABDOMINALES		
	MÉNINGÉES	MÉNINGÉES ET CÉRÉBRALES	CÉRÉBRALES	FOIE		
Placenta prævia........	3	2	1	1	10	17
Procidences, procubitus, ou compression du cordon................	2	2	1	1	5	11
Décollement du placenta.	»	»	»	1	»	1
Version mixte..........	1	»	»	»	»	1
Présentation épaule. Version interne..........	3	»	»	»	1	4
Présentation du siège...	5	4	»	»	5	14
Forceps..............	2	»	»	»	4	6
Occipito-sacrée.........	»	»	»	»	1	1
Accouchemt gémellaire..	»	»	»	»	1	1
Travail prolongé........	»	1	»	»	»	1
Rupture utérine........	»	1	»	»	»	1
Accouchement spontané dans un bassin vicié .	3	»	»	»	»	3
Accouchement sur la voie publique............	1	»	»	»	»	1
Albuminurie...........	1	»	»	»	2	3
Cardiaque..............	1	»	1	»	1	3
Syphilis...............	»	»	1	»	2	3
Intoxication saturnine..	»	»	»	»	1	1
Aucune particularité....	10	6	3	»	7	26
						98

Après le placenta prævia, *les présentations du siège* figurent au nombre de 14 parmi les autopsies de la première classe, elles sont signalées dans 9 hémorrhagies intra-crâniennes et dans 4 congestions viscérales.

Les autres cas peuvent être répartis en : *forceps* (6 fois), *version interne* (4 cas) et accidents divers relatés dans le tableau n° 3.

Dans 93 cas sur les 98 de cette classe j'ai pu relever l'état

de *primiparité* ou de *multiparité* de la mère. Ce point était intéressant à relever au point de vue de la résistance des parties molles contre laquelle le fœtus entre en lutte, lors d'un premier accouchement.

1° *Hémorrhagies :*

Primipares.......	34	Multipares....	21

2° *Congestions viscérales :*

Primipares.......	24	—	14
Soit..........	58 primipares.		35 multipares.

Il y a donc une majorité notable de primipares parmi les mères de ces fœtus de la première classe, morts à la suite de lésions, qui peuvent bien être considérés dans leur ensemble comme exprimant une *mort violente.*

II

2e classe. — **Lésions préexistant à l'accouchement.**

Ces lésions préexistant à l'accouchement ont été constatées dans 17 cas. Dans la plupart de ces cas on a pu reconnaître ou présumer la syphilis. On sait combien cette affection est difficile à établir au point de vue héréditaire, et ces difficultés se montrent encore plus à l'hôpital qu'en ville. Nous verrons que dans un certain nombre de ces cas, elle peut être très probable, c'est tout ce qu'il est permis de dire. Ces 17 cas peuvent être répartis suivant la nature des lésions en plusieurs groupes :

1° Lésions pulmonaires.

2° Hypertrophie du foie, de la rate et du rein.

3° Ascite.

4° Anasarque.

5° Rein polykystique.

1° **Lésions pulmonaires.** — Les lésions pulmonaires, rangées dans cette classe des lésions préexistant à l'accouchement, sont des lésious tout à fait différentes de celles que nous étudierons plus loin. Les poumons présentent en différents points des portions massives, blanches, dures, non aérées, rappelant les caractères décrits sous le nom de pneumonie syphilitique. Ces cas sont au nombre de 4.

Durée de la vie. — 3 de ces fœtus n'ont vécu que quelques heures, 1 seul a vécu cinq jours.

Au point de vue des *particularités notées au cours de la grossesse ou du travail.*

Dans 1 cas il y avait des accidents secondaires chez la mère et de l'hydramnios, il y avait aussi de l'hydramnios dans un autre cas ; pemphigus palmaire et plantaire du fœtus dans un autre cas. Trois fois le placenta était très volumineux par rapport au fœtus. La syphilis peut être soupçonnée dans ces cas.

2° **Hypertrophie du foie, de la rate et du rein.** — Ces différentes lésions ont été notées dans 6 cas, sans autres altérations, mais elles ont été notées aussi dans les cas de la deuxième classe, et dans un certain nombre de cas de la première et de la troisième classe. L'hypertrophie porte soit en même temps sur le foie, la rate, ou les reins, soit plus spécialement sur l'un d'entre eux.

Pour bien juger de l'hypertrophie de ces viscères, il faut avoir présent à l'esprit leur poids normal, variable suivant l'état de développement de l'enfant. J'ai choisi des exemples pour servir de point de comparaison.

Poids des viscères chez les fœtus normaux.

POIDS DES ENFANTS	PLACENTA	FOIE	RATE	REINS	CAUSE DE LA MORT
3.900 gr.	500 gr.	151 gr.	9 gr.	25 gr.	Basiotripsie.
3.260 —	500 —	133 —	» —	» —	Broncho-pneumonie.
2.900 —	450 —	124 —	» —	» —	Congestion viscérale.
2.780 —	500 —	100 —	8 —	15 —	Broncho-pneumonie.
2.215 —	400 —	65 —	5 —	15 —	Congestion viscérale.
2.030 —	300 —	63 —	3 —	10 —	Hémorrhagie méningée.

Il faut comparer à ces poids relativement normaux, peut-être rendus un peu supérieurs, par la congestion, les poids des viscères, qu'on pourra voir exposés plus loin dans un tableau. Le foie le plus volumineux pèse 276 gr. chez un fœtus de 2,200 gr., la rate chez le même fœtus pèse 56 gr. Les reins les plus hypertrophiés pèsent 50 gr. chez un fœtus de 3,300 gr.

Durée de la vie. — La vie extra-utérine de ces fœtus n'a pas été de longue durée; 2 ont vécu quelques minutes, 1 un jour, 1 deux jours; dans 2 autres cas la durée de la vie n'a pas été indiquée.

Observations cliniques. — Dans 2 cas on n'a relevé aucune particularité dans l'observation de la mère. Dans un cas il y a eu application de forceps au détroit supérieur pour bassin vicié, le fœtus avait du pemphigus palmaire et plantaire; 1 cas d'accouchement en occipito-sacrée, 2 cas d'hydramnios considérable, 2,100 et 2,400 gr. de liquide.

Enfin sur ces 6 cas, 3 fois il y avait un placenta énorme.

3° **Ascite.** — Les cas où l'ascite a été notée sont au nombre de 5. Dans ces 5 cas les fœtus ont présenté d'autres altérations viscérales se rapprochant du groupe précédent, le plus souvent il y a eu hypertrophie des viscères, foie, rate, reins. Ces fœtus atteints d'ascite ont peu vécu :

1 seul a vécu dix-huit heures, 2 étaient mort-nés, 2 n'ont vécu que quelques minutes.

Dans 3 cas il y avait hydramnios (8 litres un quart de liquide dans un cas); dans 2 cas on n'a noté aucune particularité.

Dans 4 de ces observations le poids du placenta était considérable.

4° **Anasarque.** — Il s'agit d'un fœtus complètement déformé par un œdème généralisé. Il est né vivant, se présentant par le siège; il est mort après quelques inspirations. L'accouchement a été sans incidents.

Sa taille mesurait 36 centim. de long, son poids = 2,175 gr., le placenta = 825 gr.

Le cœur était énorme, mesurant 58 millim. dans sa plus grande hauteur, 42 millim. dans sa plus grande largeur. Il y avait 200 gr. de liquide dans le péritoine.

Le foie pesait 60 gr., la rate 5 gr., le rein 5 gr.

Les téguments infiltrés mesuraient au niveau du cuir chevelu 22 millim.

5° **Rein polykystique.** — Appartient à un jumeau qui vécut deux jours et dont le frère est mort présentant de la pyélite.

On peut voir, dans le tableau suivant, les caractères d'ensemble des cas réunis dans cette classe :

TABLEAU 4. 1re CLASSE.

	POIDS					DURÉE DE LA VIE	CIRCONSTANCES
	DU FŒTUS	DU PLACENTA	DU FOIE	DE LA RATE	DES REINS		
	Lésions pulmonaires.						
1	2.040 gr.	670 gr.	160 gr.	» gr.	30-15 gr.	5 jours.	Plac. prævia, abcès du sein pendant gross.
2	2.550 —	540 —	185 —	20 —	» —	Quelques heures.	Rien.
3	2.620 —	» —	» —	» —	» —	1/4 d'heure.	Hydramnios.
4	1.950 —	550 —	» —	16 —	» —	1/2 heure.	Hydramnios.
	Hypertrophie foie et rate.						
1	3.300 gr.	370 gr.	» gr.	» gr.	50 gr.	2 jours.	Forceps dét. sup. Bassin vicié; albuminurie.
2	2 200 —	970 —	276 —	56 —	» —	Quelques minutes.	Acc. en occipito-sacrée.
3	1.870 —	» —	127 —	24 —	10 —	»	Rien.
4	1.760 —	» —	179 —	35 —	15-18 —	»	Rien.
5	2 500 —	600 —	» —	19 —	» —	1 jour.	Hydramnios : 2100 gr. de liq., pl. præv., album.
6	2.890 —	700 —	215 —	15 —	» —	10 minutes.	Hydramnios : 2400 gr. de liquide.
	Ascites.						
1	1.600 gr.	550 gr.	150 gr.	8 gr.	12 gr.	Quelques minutes.	Hydramnios.
2	2.740 —	1.100 —	228 —	48 —	25 —	Macéré.	Hydramnios, albuminurie
3	2.650 —	620 —	» —	» —	» —	Quelques minutes.	Rien
4	3.150 —	870 —	181 —	» —	» —	Mort-né.	Hydramnios. 8 lit. 1/4; forceps.
5	2.100 —	» —	83 —	» —	» —	18 heures.	Rien.

1° *Au point de vue du développement de l'enfant*, il est à noter que la plupart de ces enfants, tout en présentant un développement inférieur à la moyenne, varient comme poids entre 2,000 et 3,000 gr.; 5 d'entre eux sur 17 sont au-dessous de 2,000 gr.

2° *Au point de vue de la durée de la vie.* — Il est intéressant de constater que la plupart de ces enfants n'ont pas vécu longtemps; 1 seul a vécu au delà de deux jours. (Voir tableau 5.)

TABLEAU 5.

2e CLASSE. — **Lésions préexistant à l'accouchement.**

	LÉSIONS PULMONAIRES	HYPERTROPHIE FOIE RATE REINS	ASCITES	ANASARQUE	REIN POLYKYSTIQUE	TOTAL
POIDS DES ENFANTS						
Fœtus au-dessus de 3,000 gr.	»	1	1	»	»	2
— de 3,000 à 2,500 —	2	2	2	»	»	6
— de 2,500 à 2,000 —	1	1	1	1	»	4
— de 2,000 à 1,500 —	»	»	»	»	»	»
— de 1,500 et au-dessous	1	2	1	»	1	5
Inconnus...............	»	»	»	»	»	»
DURÉE DE LA VIE						
Fœtus mort-nés..........	»	»	2	1	»	3
— ayant vécu quelq. hres	3	2	3	»	»	8
— — 1 jour...	»	1	»	»	»	1
— — 2 jours...	»	2	»	»	1	3
— — 3 — ..	»	»	»	»	»	»
— — 4 — ..	»	»	»	»	»	»
— — 5 — ..	»	»	»	»	»	»
— au delà de 5 — ..	1	»	»	»	»	1
Inconnus...............	»	2	»	»	»	1

3° *Au point de vue des circonstances notées au cours de la grossesse et de l'accouchement*, il faut retenir la fréquence de l'hydramnios 7 fois sur 17 cas, et atteignant parfois des proportions considérables. 5 fois aucune particularité n'est notée. Dans les cas où il s'est produit des difficultés au cours

du travail, il est impossible d'établir une relation entre ces difficultés et les lésions observées. Mais dans cette classe de faits il est intéressant de noter la fréquence de l'augmentation de poids du placenta par rapport à celui du fœtus. Le placenta pesant normalement 500 gr. pour un fœtus de poids moyen de 3,250 gr. On trouve ici des placentas de 700, 900, 1,100 gr. pour des fœtus ne pesant pas 3,000 gr. C'est un fait d'observation courante dans les cas de syphilis congénitale ou héréditaire. Il se dégage du tableau n° 4 une autre particularité intéressante, c'est l'hypertrophie viscérale correspondant régulièrement à l'augmentation de poids du placenta.

III

3e CLASSE. — **Lésions développées après l'accouchement.**

Dans cette classe 28 cas ont pu être réunis, et groupés de la façon suivante :

1° Lésions pulmonaires.

2° Lésions intestinales.

3° Infection purulente.

1° **Lésions pulmonaires**. — Ces cas de lésions pulmonaires sont au nombre de 20. Ces cas montrent presque uniformément les lésions de pneumonie ou de broncho-pneumonie. Les nouveau-nés atteints de ces lésions ont eu une vie plus longue que les autres.

Enfants	*ayant vécu*	de 1 à 5 jours..............	6 cas
—	—	de 5 à 10 jours............	6 —
—	—	de 10 à 15 jours...........	5 —
—	—	un mois..................	1 —
Durée de la vie non notée.....................			2 —

Il était intéressant de rechercher si les lésions pulmonaires se produisaient de préférence chez des nouveau-nés, mis en état de moindre résistance aux infections par des *incidents notés au cours de la grossesse ou du travail.*

Dans 3 cas seulement sur les 20 cas de lésions pulmonaires, on ne note aucune particularité dans l'observation de la mère,

mais dans les autres cas on note des particularités au cours de la grossesse et du travail. Dans 5 cas, l'enfant a dû traverser un bassin vicié (3 fois sur les 5 cas après symphyséotomie), 4 cas de placenta prævia, un cas de présentation du siège, un cas où le fœtus a souffert au cours du travail. Donc 11 fois sur 20 le fœtus a été prédisposé à l'infection pulmonaire par un accouchement difficile, et on peut se demander si l'infection ne s'est pas produite au cours même du travail. Cette raison peut être au moins invoquée pour un cas où la mère, arrivée au dernier moment, n'avait pas reçu de soins antiseptiques au cours du travail.

Il reste 5 cas où l'état de santé de l'enfant, au moment de sa naissance, pouvait se ressentir de l'état de la mère. Dans 3 de ces cas la mère était albuminurique, dans 1 cas elle était tuberculeuse, dans 1 cas il y avait probablement de la syphilis.

2° **Lésions intestinales**. — Ces cas de lésions intestinales sont au nombre de 3, ils comprennent 2 perforations intestinales, et 1 cas de melæna.

1° *Perforations intestinales*. — De ces deux enfants l'un a vécu huit jours et l'autre quatorze heures.

Dans l'observation du premier on ne trouve aucun incident relaté soit au cours de la grossesse, soit au cours du travail. Le deuxième est né après un travail difficile; il a été extrait par une application de forceps, et la mère avait eu une hémorrhagie grave due à un placenta prævia, qui avait nécessité l'introduction dans l'utérus d'un ballon Champetier de Ribes.

2° *Melæna*. — 1 seul cas. L'enfant mourut au bout de cinq jours. Cet enfant serait né à terme, bien que pesant 1,630 gr., il mesurait 41 centim. de long et avait un placenta de 350 gr. Il présentait un amaigrissement très marqué. La mère présentait une albuminurie des plus graves, elle avait près de 5 gr. d'albumine par litre, de l'œdème des jambes et de la diplopie.

Infection purulente. — 5 cas peuvent être rangés dans ce groupe; dans 3 cas il y avait du pus dans les reins, dans 1 cas il y avait des abcès disséminés dans tout l'organisme; dans 1 cas il y a eu septicémie à streptocoque.

De ces 5 enfants 1 seul a vécu cinq semaines, 1 a vécu quatre jours, 2 ont vécu un jour, 1 a vécu deux jours.

Dans 4 des 5 observations on relève des particularités intéressantes au cours de la grossesse, du travail ou des suites de couches. Dans 1 cas il n'y eut rien à relever.

Dans 1 cas l'enfant a été extrait péniblement par le siège à travers un bassin vicié; on mit une heure à le rappeler à la vie. Dans 1 cas il y eut un accouchement gémellaire difficile ; après dix-neuf heures de travail, la mère eut de l'infection puerpérale. Dans 1 cas la mère avait 39°,4 au moment de l'accouchement, et avait subi des examens en ville. Enfin dans le dernier la mère présentait, avant le travail, des phénomènes graves, dus à une infection à streptocoques qui fut transmise *in utero* à l'enfant (1).

Les faits groupés dans cette classe de lésions développées après l'accouchement, présentent des caractères communs qui semblent bien justifier ce groupement.

1° *Le développement des enfants* est dans cette classe plus avancé; la majorité, 21, pèsent au-dessus de 2,000 gr. 4 ; fois le poids n'est pas noté et 3 fois seulement il est au-dessous de 2,000 gr. dans 28 cas. (Voir tableau n° 6.)

TABLEAU 6.

3e CLASSE. — **Lésions développées après l'accouchement.**

POIDS DES ENFANTS

POIDS DES ENFANTS	LÉSIONS PULMONAIRES	LÉSIONS INTESTINALES	INFECTION PURULENTE	TOTAL
Au-dessus de 3,000 gr....	4	2	1	7
De 3,000 à 2,500 gr.......	5	»	1	6
De 2,500 à 2,000 gr.......	6	»	2	8
De 2,000 à 1,500 gr.......	»	1	»	1
De 1,500 et au-dessous....	2	»	»	2
Inconnus................	3	»	1	4

(1) F. WIDAL et WALLICH. Infection à streptocoques avant l'accouchement, transmise de la mère au fœtus. Communication à la *Société de biologie*, 5 mars 1898.

2° *La durée de la vie* chez ces enfants est intéressante à considérer : 2 fois sur les 28 cas la durée de la vie n'est pas notée, mais sur les 26 cas où ce renseignement est consigné, 2 fois seulement les enfants ont succombé au deuxième jour, il n'y a pas de mort-nés dans cette classe, 14 ont succombé du cinquième au quinzième jour. (Voir tableau n° 7.)

TABLEAU 7.

3e CLASSE. — **Lésions développées après l'accouchement.**

DURÉE DE LA VIE DES ENFANTS

DURÉE DE LA VIE DE L'ENFANT	LÉSIONS PULMONAIRES	LÉSIONS INTESTINALES	INFECTION PURULENTE	TOTAL
Mort-nés	»	»	»	»
Ayant vécu quelques heures	»	»	»	»
— 1 jour	»	»	2	2
— 2 jours	1	»	1	2
— 3 —	1	»	»	1
— 4 —	2	»	1	3
— 5 —	2	1	»	3
— 6 —	1	»	»	1
— 7 —	1	»	»	1
— 8 —	2	1	»	3
— 9 —	1	»	»	1
— 10 —	1	»	»	1
— de 10 à 15 jours	5	1	»	6
— au delà de 15 jrs.	1	»	1	2
Inconnus	2	»	»	2

3° *Les incidents notés au cours de la grossesse et de l'accouchement* portent sur 2 ordres de faits, d'une part les difficultés du travail et la souffrance de l'enfant : bassins viciés (6 cas), placenta prævia (5 cas), procidence du cordon, présentation du siège, décollement du placenta, etc. et d'autre part sur l'état de maladie de la mère : albuminurie (3 cas), infections (3 cas), tuberculose, syphilis. (Voir tableau n° 8.)

TABLEAU 8.

3e CLASSE. — **Lésions développées après l'accouchement.**

PARTICULARITÉS NOTÉES AU COURS DE LA GROSSESSE OU DE L'ACCOUCHEMENT

	LÉSIONS PULMONAIRES	LÉSIONS INTESTINALES	INFECTION PURULENTE	TOTAL
Présentation du siège.....	1	»	»	1
Placenta prævia..........	4	1	»	5
Procidence du cordon....	»	1	»	1
Bassins viciés............	5	»	1	6
Décollement du placenta.	»	1	»	1
Travail prolongé...... ...	1	»	1	2
Infection maternelle......	1	»	2	3
Tuberculose.............	1	»	»	1
Syphilis.................	1	»	»	1
Albuminurie.............	3	»	»	3
Aucune particularité......	3	»	1	4

IV

Le moment est venu de se demander quelles sont les notions intéressantes qui se dégagent de cet ensemble de documents.

1° La recherche des lésions ayant pu produire la mort chez ces nouveau-nés permet d'abord de restreindre le nombre des cas, si nombreux dans toutes les statistiques, rangés sous l'étiquette vague de « faiblesse congénitale ».

Il est certain que la naissance prématurée, le développement insuffisant de l'enfant le mettent en état de moindre résistance, aux pressions qu'il est appelé à subir au cours du travail, et aux infections qui le menacent. On peut voir dans ces documents qu'ils forment la majorité des morts, et qu'ils ont succombé le plus souvent à une lésion. Leur inaptitude à la vie s'est pour la plupart manifestée avant leur naissance au cours du travail.

L'accouchement prématuré doit être considéré pour le fœtus comme un accident redoutable.

Tableau général.

1re CLASSE. — **Lésions contemporaines de l'accouchement** : 98 cas.	Hémorrhagies (58 cas)	Intra-crâniennes (55 cas)	Méningées seules	32 cas.
			Méningées et cérébrales	16 —
			Cérébrales	7 —
		Abdominales. — Hémorrhagie du foie (3 cas)		3 cas.
	Congestions viscérales (40 cas)			40 cas.
2e CLASSE. — **Lésions préexistant à l'accouchement** : 17 cas.	Lésions pulmonaires			4 cas.
	Hypertrophie du foie, de la rate, des reins			6 —
	Ascites			5 —
	Anasarque			1 —
	Rein polykystique			1 —
3e CLASSE. — **Lésions développées après l'accouchement** : 28 cas.	Lésions pulmonaires			20 cas.
	Lésions intestinales			3 —
	Infection purulente			5 —
			Total	143 cas.

2° Le groupement des différentes lésions observées aussi bien chez les prématurés que chez les fœtus bien développés en :

1) lésions contemporaines de l'accouchement,

2) lésions préexistantes à l'accouchement,

3) lésions développées après l'accouchement,

semble être autorisé par les caractères communs indiqués dans chacune de ces classes.

La première classe, celle qui contient le plus grand nombre de cas, les deux tiers, comprend des hémorrhagies intra-crâniennes ou abdominales, et ces lésions mal définies, mais caractérisées par la congestion viscérale, suivie de mort rapide, et paraissant correspondre à une asphyxie ou à un traumatisme du système nerveux central. Les cas de cette classe peuvent jusqu'à plus ample informé mériter la désignation de « morts violentes ».

La recherche des circonstances, ayant entraîné la production de ces morts violentes, a montré qu'il s'agissait le plus souvent de *placenta prævia*, de *présentation du siège*, de difficultés diverses rencontrées au cours de l'accouchement.

La deuxième classe des lésions préexistant à l'accouchement permet de reconnaître, sous des lésions diverses, une sorte d'air de famille, rencontré dans les désordres dus à la syphilis, qu'il est si difficile d'établir toujours d'une façon certaine chez les ascendants.

Il a été donné de noter souvent en regard de ces différentes lésions : l'hydramnios et l'hypertrophie placentaire, cette dernière paraissant parallèle aux hypertrophies du foie, de la rate et du rein.

La troisième classe des lésions développées depuis la naissance, renferme des cas à infection localisée ou généralisée. Cette infection, se manifestant dans les premiers jours de la vie, peut dans un certain nombre de cas être considérée comme favorisée par les souffrances du fœtus, qui paraît plus susceptible d'être infecté, quand il a subi un travail long et difficile.

3° On peut vérifier, en somme, dans ces différents documents que les enfants qui succombent pendant le travail ou dans les

premiers jours de la vie meurent, pour les deux tiers, de mort violente, et pour un tiers, d'infection antérieure ou postérieure à la naissance.

Il faut faire la réserve que ces proportions ont une valeur relative et non absolue.

4° L'intérêt pratique qui peut résulter de ces constatations, est non pas de conduire à une thérapeutique de ces différentes lésions, qu'il suffit dans la plupart des cas de connaître pour juger de l'impossibilité de les traiter, mais ces remarques peuvent servir à diriger l'attention sur les différentes circonstances qui favorisent la production de ces lésions, et à faire songer aux moyens de les prévenir. Les accoucheurs ont été jusqu'à ces dernières années, à très juste titre, préoccupés par les obstacles osseux, gênant la sortie du fœtus; aujourd'hui que ces obstacles peuvent être levés, il faut compter plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici avec les obstacles provenant des parties molles maternelles. Parmi les blessures notées dans ces autopsies, il n'en est qu'un très petit nombre dues à la traversée d'un bassin vicié, la plupart résultent de la lutte contre un obstacle non osseux; col de l'utérus incomplètement dilaté par le passage d'une tête dernière, ou placenta prævia obstruant la sortie du fœtus. Présentations du siège, placenta prævia, placenta décollé, cordons procidents, se retrouvent chez les blessés et chez les infectés. Il faut donc aplanir dans la mesure du possible ces obstacles, ne pas se servir du fœtus vivant pour produire une dilatation forcée, aussi bien des parties molles maternelles que des parties dures. Il faut aussi considérer l'accouchement prématuré comme un accident le plus souvent meurtrier pour le fœtus, contre lequel on ne peut rien quand il est spontané, mais qui, aujourd'hui qu'on peut faire autrement, ne doit plus être provoqué, à titre de moyen thérapeutique, dans l'espérance trop souvent illusoire de sauvegarder la vie de l'enfant.

Telles sont les conclusions générales et pratiques, qui m'ont paru résulter de ces recherches sur l'anatomie pathologique du nouveau-né; ces recherches faites dans les premières heures de la vie de l'enfant, c'est-à-dire dans une période où les pédiatres

n'ont pas été matériellement en mesure de faire des investigations nombreuses, et où les accoucheurs très attentifs au chiffre même de la mortalité, se sont moins arrêtés à ce qui concerne la nature des lésions mortelles, et les circonstances qui ont pu favoriser leur production.

DÉLIRES MENSTRUELS PÉRIODIQUES

Par le Dr **Trénel**,
Médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon.

Il existe une forme spéciale de troubles mentaux qui mérite d'être nettement séparée de la masse confuse des troubles neuropathiques en rapport avec la menstruation. Ce sont ces délires qui se reproduisent d'une façon périodique au moment des époques menstruelles, l'état mental de la malade restant normal dans l'intervalle des accès. C'est là une variété de psychose périodique assez rare, il est vrai, mais d'un certain intérêt clinique et pratique. La plupart des ouvrages classiques de pathologie mentale et des traités de gynécologie n'en font qu'une simple mention sans entrer dans des détails très exacts à son sujet, apparemment en raison de sa rareté relative. Cependant, sans compter des observations éparses dans les auteurs anciens (1), Brière de Boismont dans son traité de la menstruation paraît être un des premiers qui en ait fourni des cas nets et l'ait décrite à part. Différentes thèses complètent dans la suite ses indications, mais il semble qu'on se soit surtout occupé des perturbations que peut produire la menstruation dans les affections mentales en général plutôt que des psychoses menstruelles proprement dites. Citons à ce sujet les travaux de Dusourd, Dauby, Barbier, Loiseau et Taguet (2). L'ouvrage le

---

(1) Rapportées pour la plupart par ELLEN POWERS et ICARD dans leurs thèses.

(2) DUSOURD. *Traité pratique de la menstruation.* — DAUBY. *Menstrua-*

plus important est ensuite le mémoire de Berthier (1874) où la question est mise au point d'une façon plus précise. Mais l'attention continue à se porter surtout sur les folies de la ménopause, sur les troubles mentaux aigus ou chroniques en rapport avec les affections utérines ou les folies consécutives aux interventions chirurgicales (1). Il faut faire une mention spéciale de l'article de Régis sur les folies sympathiques. A une époque plus rapprochée paraît la thèse d'Icard, travail d'ensemble très documenté, inspiré par Ball. Enfin, récemment la thèse de Schwob complète la question surtout au point de vue médico-légal (2).

Parmi les traités de médecine mentale, ceux de Schüle et Krafft-Ebing contiennent la description didactique, isolée et complète des psychoses menstruelles. En Allemagne d'ailleurs (3), ces faits avaient donné lieu, à une date déjà éloignée, aux travaux de Schlager, de Schrötter, etc., mais c'est le mémoire

---

tion dans ses rapports avec la folie. Thèse de Paris, 1866. — BARBIER. Thèse de Paris, 1849. — LOISEAU. Thèse de Paris, 1856. — TAGUET. *Influence de la menstruation sur les maladies mentales.* Thèse de Paris, 1872. — BERTHIER. *Des névroses menstruelles,* 1874. — BRUANT. *De la mélancolie à la ménopause.* Thèse de Paris.

(1) On trouvera des indications bibliographiques très étendues sur ce sujet dans : KRŒMER. Beitrag z. Castrations frage. *Allg. Zeits. f. Psychiatrie,* t. LII, f. 1, 1896.

(2) RÉGIS. Folies sympathiques. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*— ICARD. Thèse de Paris, 1890.— SCHWOB. *Contribution à l'étude des psychoses menstruelles considérées surtout au point de vue médico-légal.* Lyon.— MAIRET. Rapports entre les lésions de la sphère génitale et l'aliénation mentale. *Montpellier médical.* Années 1881 et suivantes. — COSSA. *Folie sympathique.* Thèse de Montpellier, 1895. — SERRIGNY. *Psychoses génitales.* Thèse de Lyon, 1896. — NACKE. La menstruation et son influence sur les psychoses chroniques. *Archiv. für Psychiatrie,* 28, 1, 1896.

(3) SCHULE. *Traité de médecine mentale. Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie,* t. XLVII, f. 1, 1890 ; *Neurologisches centralblatt,* 1885. — SCHLAGER. *Allg. Zeitschrift für Psychiatrie,* t. XV, p. 457.— SCHRÖTTER. *Ibid.,* t. XXX, p. 551 et t. XXXI, f. 2. — V. KRAFFT-EBING. *Archiv. f. Psychiatrie,* t. VIII, f. 1, et *Traité de psychiatrie,* p. 520. — ELLEN POWERS. Thèse de Zurich, 1883. — BARTEL. Thèse de Berlin, 1887. — MULLER. Th. de Greifswald, 1889. — EVANS. Manie périodique menstruelle. *Medical News,* mai 1893.

remarquable de v. Krafft-Ebing qui représente l'ouvrage le plus important et le plus classique sur la matière. Il a été suivi de la thèse d'Ellen Powers, faite dans le service du professeur Forel, où l'on trouvera, outre des observations nouvelles, un recueil de toutes celles qui ont paru antérieurement sur la matière. C'est à ces deux mémoires originaux qu'il faut se rapporter pour étudier la question ; les ouvrages de Bartel, de Müller, de Friedman en complètent les détails.

Le terme de psychose périodique ne doit être pris que dans un sens purement clinique. Il désigne toute une série de cas empruntant un aspect assez uniforme à la répétition régulière, ou tout au moins fréquente au moment des époques menstruelles, d'un délire ; ce délire est d'ailleurs variable comme forme dans les différentes observations, ainsi qu'on peut le voir par le tableau suivant qui reproduit avec quelques modifications secondaires celui que donne Ellen Powers. A la suite des délires proprement dits on peut placer les paroxysmes des névroses convulsives et les impulsions morbides variées dont, depuis Marc, on a si souvent noté la corrélation avec les époques menstruelles. Mais ces deux catégories de faits ne seront pas étudiées ici ; on trouvera d'ailleurs à leur sujet une étude complète dans les thèses déjà citées d'Icard et de Schwob.

Nomenclature des psychoses menstruelles (D'après ELLEN POWERS).

A. — *Cas caractéristiques de délires menstruels.*
- *a*) Manie, fureur.
- *b*) Mélancolie, stupeur.
- *c*) Autres formes aiguës (délire hallucinatoire, confusion mentale).

B. — *Cas abortifs et formes de passage aux troubles menstruels simples des névropathes.*

C. — *Formes de passage entre la folie menstruelle et les vésanies simples.* (Les cas de cette catégorie sont probablement fréquents mais insuffisamment décrits. — E. P.)

D. — *Cas caractéristiques de délire menstruel circulaire (avec manie menstruelle et mélancolie intervallaire), forme de passage aux folies périodiques.*

E. — *Impulsions morbides apparaissant sous forme paroxystique aux époques menstruelles (dipsomanie, cleptomanie, pyromanie, impulsion au meurtre, nymphomanie,* etc.).

F. — *Paroxysmes hystériques et épileptiques.*

L'observation de la malade que nous avons suivie cette année peut être regardée comme un type de délire menstruel périodique (avec quelques particularités d'ailleurs peu importantes) et c'est à ce titre que nous la donnons ici.

Obs. — Janvier 1896 : *Premier accès de délire hallucinatoire avec anxiété extrême survenant subitement à l'époque des règles, durant quelques jours, suivi d'une période de dépression puis d'une période d'état normal.* — Février : *Pas d'accidents mentaux.* — Mars : *Deuxième accès de délire hallucinatoire identique.* — Avril : *Troisième accès hallucinatoire suivi de dépression mélancolique persistante jusqu'au mois de* Mai *où survient un quatrième accès hallucinatoire suivi de quelques jours de dépression mélancolique. Depuis le mois de* Juin *aucun trouble mental. Pas d'affections utérines. — Sortie en janvier 1897.* — Femme Jeanne M..., native des Côtes-du-Nord, âgée de 37 ans, entrée le 17 janvier 1896 à l'asile Saint-Yon. Aucun antécédent héréditaire connu ; ses parents sont vivants. Elle a eu d'un premier mariage un enfant mort en bas âge. La grossesse et l'accouchement ont été normaux ; pas d'autre grossesse.

Aucune maladie antérieure, en particulier aucun accident convulsif. Pas de stigmate physique notable. La malade nie tout excès alcoolique, cependant depuis six mois il lui arrive d'avoir des cauchemars la nuit et des rêves dont elle ne garde qu'un vague souvenir ; souvent elle a une sensation de chute en dormant.

Elle a toujours été réglée normalement jusqu'à l'époque des accidents actuels.

Les règles sont apparues le 1er janvier 1896 plus abondantes que de coutume.

Dans la journée Jeanne M... peut vaquer à ses occupations habituelles sans que rien fasse prévoir un trouble mental quelconque. Le soir,

subitement au moment de se coucher, elle est prise d'un accès d'anxiété terrible : elle crie que les diables vont venir la chercher, qu'elle est damnée, pousse des cris, se cramponne aux personnes de son entourage qui s'efforcent de la mettre dans son lit et de la tranquilliser. Toute la nuit se passe dans un état d'agitation considérable, elle voit des diables, des chiens, des chats qui se battent; elle refuse toute nourriture, prétend que son mari veut l'empoisonner avec une tasse de café qu'elle avait elle-même demandée. Son état restant le même, on la place trois jours après à l'Hôtel-Dieu.

Son état délirant persiste plusieurs jours et paraît avoir été suivi d'une courte période de dépression.

La malade est amenée à l'asile Saint-Yon, le 17 janvier. A ce moment elle est absolument calme et lucide, un peu attristée de son état mais non déprimée, à vrai dire. Elle se rend parfaitement compte qu'elle a eu un accès de délire, elle le raconte en détail et montre qu'elle a perdu seulement la notion exacte du temps pendant la période de la plus grande acuité de l'accès. Son sommeil n'est troublé que par les bruits réels qu'elle peut entendre la nuit, elle ne demande qu'à travailler et mange assez bien. Une seule chose la préoccupe : la crainte de voir survenir un nouvel accès à l'époque menstruelle. Le pouls est normal et l'on ne constate aucun symptôme de lésions viscérales, aucun signe d'alcoolisme.

Dans les premiers jours de février les règles n'ont été accompagnées d'aucun symptôme intellectuel.

Le 15 février, métrorrhagie peu abondante sans trouble mental.

Le 3 mars, les règles apparaissent peu abondantes, la malade est maintenue au lit, ainsi que le jour suivant. Le 5 au matin nous la trouvons extrêmement anxieuse, la respiration est superficielle et très accélérée ; la malade a très peu dormi la nuit ; elle refuse de répondre à toute question et repousse avec vigueur quiconque veut l'approcher, son aspect trahit ses hallucinations terrifiantes. Tout examen physique est impossible. Les règles sont très abondantes. L'état mental reste le même le 6 ; les pertes diminuent. Le 7, les règles paraissent à peu près arrêtées, mais la malade reste anxieuse et muette et toujours aussi peu abordable. Son mari l'ayant visitée ce jour-là, elle refuse de le reconnaître tout d'abord, mais échange malgré tout quelques paroles avec lui.

Le lendemain 8, elle prétend que ce n'est pas son mari qui est venu la voir et se montre toujours assez anxieuse. Le soir elle est notable-

ment plus calme et quoique conservant son aspect effrayé, elle se prête à l'interrogatoire. Elle raconte que depuis plusieurs jours et plusieurs nuits elle entend des sifflements et des bruits, ce sont les diables qui en sont cause ; elle les entend mais ne les a pas vus. Elle continue à prétendre que l'homme qui est venu n'est pas son mari, qu'il en avait bien les vêtements mais que c'était une autre figure. Elle se rappelle cependant en détail les nouvelles qu'il lui a données de ses enfants.

Le 11, elle n'est plus anxieuse, mais seulement déprimée, ne répond que brièvement aux questions ; elle commence à s'occuper assez activement. Le pouls est légèrement accéléré.

Le 12, elle est redevenue presque absolument lucide ; son récit montre que tout s'est passé comme au premier accès, si ce n'est qu'elle n'a pas eu de zoopsie. « Cela survient subitement le premier jour des règles, elle entend des sifflements dans ses oreilles et est prise d'une terreur indicible, convaincue que ce sont des diables. Elle se croit entourée de dangers, et, quoiqu'elle se rende compte de ce qui se passe autour d'elle en réalité, ses idées sont un peu confuses et la crainte lui fait repousser tout ceux qui s'approchent sans qu'elle sache bien pourquoi. » Elle persiste à dire que son mari était changé et elle n'est pas encore bien sûre que ce soit lui qui l'ait visitée. Elle est encore déprimée ; elle ne guérira jamais, dit-elle.

Les jours suivants la malade se rétablit complètement ; elle rit elle-même de l'idée de ne pas reconnaître son mari : de son propre aveu, cette illusion est due au changement réel mais bien peu notable qu'avait apporté un long voyage dans la physionomie de son mari, marin au long cours. Elle a des périodes de tristesse, en songeant qu'elle peut retomber malade.

Les règles reparaissent dans les premiers jours d'avril, très peu abondantes. Elles sont accompagnées exactement des mêmes accidents mentaux débutant d'une façon suraiguë ; mais la période d'anxiété dure deux semaines, pour faire place à un état de dépression mélancolique des plus accentués : la malade refuse de s'occuper, de manger et fuit tout entretien. Ses nuits sont calmes quoiqu'elle dorme peu. Cet état persiste jusqu'au début du mois de mai, où survient une nouvelle exacerbation identique aux accès précédents en tous points, d'une durée de 6 à 7 jours, suivie d'une période mélancolique.

Vers le milieu du mois la malade est redevenue absolument normale, préoccupée seulement de la crainte d'un nouvel accès ; mais elle n'est pas déprimée, elle se montre au contraire très active et parfois gaie.

En juin, les règles, très abondantes, durent deux jours. La malade a quelques sifflements dans les oreilles et un peu de céphalalgie vague et une faiblesse générale. Elle se sent triste, incapable de faire quoi que ce soit, et garde le lit, ce qu'on obtenait difficilement les autres fois. Elle ne présente aucun délire et se laisse examiner très convenablement. La respiration est normale, la face un peu pâle, le pouls très accéléré, 130 pendant deux jours. Les nuits sont calmes, mais sans beaucoup de sommeil. Durée des règles deux jours.

15 jours après, métrorrhagie sans aucun accident mental ; faiblesse générale et étourdissement dès que la malade se met sur son séant. Pouls légèrement accéléré. La malade constatant que deux périodes viennent de se passer sans aucun trouble délirant, se montre très heureuse et ne présente pas la moindre dépression mélancolique.

Les mois suivants il n'a été constaté aucun incident. Le toucher vaginal n'a pas fait reconnaître de lésion de l'utérus ni des annexes. Aucun traitement n'a pu être appliqué pendant les périodes d'anxiété. Dans l'intervalle et à l'époque des règles, dès que la malade l'a accepté, on a donné un peu d'opium et de l'ergotine en cas de métrorrhagie exagérée. La malade sort guérie en janvier 1897.

Cette observation représente bien dans son ensemble les caractères attribués aux psychoses menstruelles périodiques. Ce n'est pas à dire que le cas soit absolument pur, car il y a quelques différences de détails entre les quatre accès, différences dont la plus importante à noter est l'existence de cette période de mélancolie continue qui réunit deux des accès hallucinatoires. Il y aura lieu de revenir à ce propos dans la suite. Notons encore que les renseignements sont restés muets sur les antécédents héréditaires et personnels, et que, à ce sujet, nous ne connaissons que les indications données par la malade elle-même. Disons en passant qu'au début, nous avions pensé, en raison de la zoopsie très nette, être en présence d'un accès de délire alcoolique, guéri au moment de l'arrivée de la malade à l'Asile. A part ce détail secondaire, les caractères d'identité des accès, leur périodicité, leur soudaineté sont bien typiques dans cette observation, le dernier caractère en particulier était bien frappant : la malade absolument normale tom-

bait dans son délire sans qu'il y ait eu de prodromes bien notables.

Les **prodromes** des délires menstruels sont en effet nuls en général, le passage d'un état à l'autre est subit, comme ici ; dans d'autres cas, il peut exister une période transitoire de quelques heures à quelques jours ; v. Krafft-Ebing note la perte de l'appétit, l'insomnie, une inquiétude vague, etc., tous symptômes d'un caractère très commun et d'ailleurs d'une durée courte.

Le **rapport** entre le moment de l'éclosion du délire et l'époque cataméniale est très variable, cependant le plus souvent il y a coïncidence plus ou moins exacte. Mais on note fréquemment aussi des délires pré ou post-menstruels avec maintes variations individuelles.

Plus rarement le rapport change d'un accès à l'autre chez la même malade ; ces irrégularités peuvent se remarquer au moment où le retour complet à la santé va se produire ; mais il ne faut cependant pas voir là un signe pronostique particulièrement favorable, car telle malade en présente une ou plusieurs fois au cours de l'affection sans aucune amélioration ; bien mieux, ces irrégularités peuvent être l'annonce du passage à l'état chronique. Si l'accès délirant peut manquer pendant une ou plusieurs époques menstruelles, il arrive par contre parfois que les règles n'apparaissent pas et que cependant le délire éclate à la date prévue. Considérant que la disparition des règles ou leur irrégularité est plutôt d'un mauvais augure dans les affections mentales en général, on peut à la rigueur admettre que le phénomène qui vient d'être indiqué est d'un pronostic défavorable, cette aménorrhée traduisant des perturbations fonctionnelles profondes. Nous noterons ici en passant que les périodes délirantes peuvent coïncider avec des métrorrhagies dans la période intervallaire ou avec des hémorrhagies cataméniales de suppléance, des épistaxis par exemple. Schlager a vu des faits de ce genre ; il a noté une fois qu'inversement l'épistaxis diminuait la congestion encéphalique et que le délire rétrocédait alors rapidement ; ce fait est comparable aux psy-

choses prémenstruelles où le flux sanguin coïncide avec la disparition des troubles mentaux. Dans le cas de Thoma cité plus loin, des phases d'excitation coïncident aussi parfois avec des épistaxis intermenstruelles.

L'**accès** lui-même est le plus souvent un accès maniaque pur avec agitation motrice parfois extrême, excitabilité considérable, logorrhée, fuite des idées ; l'agitation peut aller jusqu'à la fureur et ressembler trait pour trait à la fureur épileptique avec ses impulsions soudaines et violentes. L'absence d'hallucinations est la règle ; v. Krafft-Ebing les a observées dans trois de ses cas, mais alors il s'agit non plus d'accès maniaques purs, mais de variétés de transition. — Les accès mélancoliques viennent en second lieu par ordre de fréquence ; ils affectent toutes les formes possibles, depuis la simple dépression mélancolique jusqu'à la mélancolie anxieuse et la stupeur ; celle-ci paraît surtout fréquente chez les individus jeunes. Il nous semble ressortir des observations que les accès mélancoliques ont un début moins aigu et une durée plus longue que les accès maniaques, mais il n'y a là rien d'absolu. — Les accès de délire hallucinatoire dans le genre de ceux que présentait notre malade sont moins fréquents. On en trouve déjà dans le mémoire de Berthier une courte observation (1) (observation 128) qui se rapproche de la nôtre dans ses principaux traits. Le délire hallucinatoire peut s'accompagner soit d'un état de confusion mentale, soit d'un état de stupeur hallucinatoire se rapprochant de certaines formes mélancoliques.

Les **périodes intervallaires** peuvent être absolument normales ; la chose est évidente dans notre observation (abstraction faite de variations sur lesquelles il y aura lieu de revenir plus loin) ; dans d'autres cas la malade présente de légères anomalies de l'humeur, mais elle peut être aussi soit franchement déprimée, soit excitée, de sorte que l'on trouve ici toutes les formes comparables aux différentes folies intermittentes communes (folie circulaire, intermittente type, à double forme).

---

(1) D'après MACARIO. *Ann. médico-psych.*, 1843, p. 451.

A la suite de l'accès il existerait constamment une amnésie plus ou moins complète suivant l'opinion de v. Krafft-Ebing et d'E. Powers qui trouve là un caractère diagnostique d'avec les psychoses périodiques. Le fait n'est peut-être pas aussi constant; en ce qui concerne notre malade, on la voit envahie par ses hallucinations, ne garder qu'un souvenir sommaire de ce qui s'est passé autour d'elle en réalité, tout en conservant le souvenir le plus complet de son délire; il n'y aurait donc pas là nettement le caractère différentiel admis par les auteurs précités.

La **durée** de chaque accès est assez inconstante; l'accès peut durer plus ou moins que la période menstruelle elle-même : ailleurs, la longueur en diminue progressivement et parfois avec une rapidité assez grande. Dans l'un des cas de Friedmann on voit, de 10 jours, l'accès se limiter peu à peu à 4 jours, jusqu'au moment de la guérison qui survint après 10 accès consécutifs.

Le **nombre** des accès est très différent suivant les cas. Un délire menstruel peut se réduire à un seul accès. Il existe des cas de transition entre ces psychoses à accès unique et celles qui nous occupent ici, par l'intermédiaire de cas frustes : par exemple, à la suite d'une manie menstruelle, la période suivante n'est plus marquée que par une légère excitation à peine perceptible, si ce n'est pour l'entourage immédiat de la malade. Il peut n'y avoir que deux accès (observation I de Friedmann); le nombre peut en être au contraire indéfini. Mais il y a lieu de faire ici une remarque. Il est rare que le nombre en dépasse une année; à partir de ce moment la chronicité est à craindre et l'on voit en effet les accès se prolonger, devenir subintrants, continus ou irréguliers et l'on n'a plus sous les yeux qu'une psychose vulgaire soit continue, soit intermittente incurable typique.

En résumé, **la marche** de l'affection peut être rapide, prolongée ou chronique; la maladie garde dans ce dernier cas son caractère originel de périodicité ou se transforme en une psychose chronique ou passe à la démence.

La **guérison** se fait de diverses manières : les accès disparaissent tout simplement, diminuent progressivement, se repro-

duisent à des intervalles éloignés ou perdent leur caractère cataménial avant de s'effacer complètement. Parfois il y a une sorte de crise, ainsi qu'on pouvait peut-être l'admettre dans notre observation; la malade eut un mois entier de mélancolie ininterrompue entre deux accès, dont le dernier jugea la maladie. Dans un cas de v. Krafft-Ebing les accès disparurent à propos d'une grossesse, et dans un autre, après plusieurs années de durée, à la suite d'une fièvre typhoïde. Un dernier mode de terminaison est la démence soit rapide soit progressive. Une malade d'E. Powers se suicida dans un accès. Dans le cas de Bartel, la maladie persistait après deux guérisons apparentes dues à deux grossesses successives.

Il peut y avoir en effet des **récidives** à des intervalles plus ou moins éloignés sans qu'on puisse établir de données certaines à leur sujet.

Les **signes physiques** n'ont rien de caractéristique et ne peuvent qu'être énumérés. Dans nombre de cas, il existe des troubles utérins, parfois graves, déviations utérines, affections des annexes, prolapsus, fibromes ; dans d'autres cas, les troubles sont purement fonctionnels ; dysménorrhée, ménorrhagies, métrorrhagies ; dans beaucoup d'observations les règles sont absolument normales.

Il faut remarquer que l'intensité des pertes de sang n'a qu'exceptionnellement un rapport net, soit direct soit inverse, avec les troubles mentaux.

D'autres symptômes physiques ont été notés dans diverses observations. Müller a trouvé des signes de chlorose, v. Krafft-Ebing a noté un retard du pouls qui, persistant d'ailleurs dans les périodes intervallaires, s'accentuait aux époques menstruelles. Il a remarqué aussi une vaso-constriction périphérique notable : nous avons aussi noté dans notre observation une certaine pâleur de la face au cours des accès. Le pouls s'accélère parfois considérablement : notre malade présentait dans ses accès 120 pulsations; de même la respiration était accélérée et superficielle. Friedmann a trouvé dans un cas une petite quantité d'albumine et de sucre pendant l'accès.

Ce ne sont là en somme que des faits particuliers non caractéristiques.

Les troubles mentaux menstruels peuvent éclater *à tous les âges*. Le maximum de fréquence a lieu de 20 à 30 ans. E. Powers a noté le début à 40 ans. On sait aussi qu'à la ménopause (cas de Bartel), chez des femmes ayant le plus souvent présenté antérieurement quelques phénomènes neuropathiques plus ou moins marqués, peuvent survenir des accidents mentaux périodiques dans lesquels les périodes morbides coïncident avec les époques où la menstruation devait se produire. Bartel propose ici la dénomination de *psychoses pseudo-menstruelles climatériques*. D'autre part, les accès délirants périodiques ont été observés au moment même de l'établissement des règles. Après Delasiauve et Berthier, Schœnthal et Friedmann (1) ont récemment donné des observations de ce genre. Friedmann désigne ses cas sous le nom de *psychoses menstruelles primordiales*, qui peut être accepté pour la commodité des descriptions ; mais le seul fait de l'apparition du délire menstruel à la puberté ne suffit pas pour en faire une espèce à part, étant donnée l'identité absolue de ces faits avec les faits ordinaires. Indiquons que ces cas sont bénins. Schœnthal a revu ses malades après trois ans sans récidive (2).

A côté de ces variétés on peut en placer d'autres dépendant de la coïncidence de symptômes accidentels pour ainsi dire; telle est l'observation assez exceptionnelle donnée par Thoma :

Une jeune fille a présenté à 18 ans une phase de stupeur d'un an de durée suivie de manie. Après l'avoir perdue de vue, l'au-

(1) BERTHIER. Obs. 123. — SCHOENTHAL. 25e Congrès des aliénistes allemands. *Arch. f. Psychiatrie*, 23. — FRIEDMANN. Psychoses menstruelles primordiales. *Münchener. med. Wochenschrift*, 1892.

(2) Chez deux malades de mon service, deux sœurs atteintes d'une forme particulière de paralysie spasmodique familiale, et actuellement dans un état de démence avancée, la maladie aurait débuté, avant tout signe physique, par des troubles mentaux consistant en accès de délire menstruel, à l'époque de la puberté. L'une d'elles présente encore des accès d'excitation, d'ailleurs irréguliers.

teur constate, 8 ans plus tard, l'existence d'un goitre avec exophtalmie sans signe de Græfe. Elle présente à cette époque des alternatives d'excitation et de dépression. Sur le graphique donné par l'auteur on peut se rendre compte que la période d'excitation débute à la fin des époques menstruelles (le dernier jour en général); elle dure deux à trois jours, pendant lesquels le goitre et l'exophtalmie diminuent, pour augmenter pendant la période de dépression. Les phases d'excitation sont ou ne sont pas précédées ou suivies d'une période d'état normal d'un à deux jours de durée.

Dans les périodes intermenstruelles surviennent parfois des phases d'excitation semblables aux précédentes coïncidant le plus souvent avec des épistaxis. Dans les périodes de stupeur il y a une stase veineuse, qui pour l'auteur explique tous les symptômes de ces périodes; les tracés sphygmographiques montrent l'insuffisance de la systole cardiaque et de la tension artérielle qui se relèvent brusquement en même temps qu'apparaît la fluxion menstruelle. Enfin, fait à noter, la digitale donnée à petite dose pendant dix jours à la fin d'une période d'excitation retarda d'autant la production de la phase de stupeur, qui survint dès que la digitale fut supprimée et dura plus longtemps que d'ordinaire (1).

Le **diagnostic** ne peut être porté que grâce à la répétition des accidents mentaux à l'époque marquée; dans certaines circonstances il est particulièrement important de l'établir d'une façon précoce : par exemple quand la psychose survient chez une nouvelle accouchée à l'époque de la réapparition des règles; la confusion est d'autant plus facile avec une psychose puerpérale ordinaire que la forme maniaque est là aussi la plus fréquente. On trouve un exemple de cette variété dans la thèse d'Ellen Powers (observation 4). La malade était anémique, les règles étaient toujours accompagnées de douleurs. Une gros-

(1) THOMA. Sur un cas de psychose menstruelle avec goitre périodique et exophtalmie. *Allgemeine Zeitsch. f. Psych.*, 51, 1894, p. 590.

sesse se termine par une application de forceps ; l'accouchement est suivi d'une excitation considérable mais passagère. Puis, quand les règles réapparaissent, il s'établit une manie menstruelle qui se reproduit pendant neuf mois consécutifs et se termine par la guérison.

Par conséquent, en cas de folie puerpérale transitoire, on devra toujours s'assurer si ce délire coïncide avec les premières règles et prévenir l'entourage de la malade de la possibilité du retour prochain des accidents mentaux.

L'amnésie quand elle existe peut permettre au début la confusion avec la folie épileptique, surtout quand l'accès prend la forme de la fureur. Les délires d'emblée des dégénérées offrent tant de points de contact avec les formes simples des psychoses menstruelles, que dans bien des cas celles-ci peuvent être placées dans la même catégorie. La différence importante à faire est celle de ces cas aigus rapides avec les cas chroniques ; il n'y a pas malheureusement de signes certains qui permettent d'établir cette distinction dès le début. Il existe d'ailleurs à côté de cas francs toutes sortes de formes de passage aux autres psychoses aiguës et chroniques.

Cette variété de forme rend le **pronostic** difficile à établir en l'absence de caractères différentiels nets au début ; pour le poser on devra sous toutes réserves s'appuyer sur les caractères suivants : 1° Pronostic bénin quand les antécédents sont peu chargés, que l'âge est peu avancé, que les accès sont courts, les prodromes et les suites peu marqués, les époques intervallaires lucides, les signes physiques nuls, les troubles utérins fonctionnels ou physiques absents, quand, enfin, les accès diminuent d'intensité et de nombre. 2° Il n'y aurait qu'à renverser ces propositions pour établir la gravité du pronostic. Les signes de périodicité vraie et les signes d'affaiblissement intellectuel doivent être recherchés avec le plus grand soin ; il est superflu de faire de nouveau ressortir que tantôt l'intelligence reste indemne en dehors des accès et après la guérison, tantôt présente un affaiblissement plus ou moins marqué.

L'étiologie et la pathogénie des psychoses périodiques

menstruelles restent des plus obscures. V. Krafft-Ebing n'invoque qu'avec réserve, comme explication physiologique, la probabilité du voisinage des centres nerveux vasculaires et des centres de l'utérus admis par Schlesinger (1). L'excitation des nerfs ovariens au moment de l'ovulation agirait par voie réflexe sur ces centres dans un cerveau anormalement prédisposé.

Tous les auteurs admettent d'ailleurs cette prédisposition : presque toujours les malades ont des antécédents héréditaires et personnels neuropathiques et vésaniques, et à cet égard on ne peut pas trouver d'exemple plus frappant que l'observation VI d'Ellen Powers où l'on notait, antérieurement à la psychose menstruelle, un accès de mélancolie consécutif à une fièvre typhoïde, un accès de manie aiguë au cours d'une variole et deux autres accès de mélancolie. A considérer les choses ainsi, les folies menstruelles seraient, comme cela a été indiqué plus haut, un cas particulier du délire d'emblée des dégénérées. Dans la même catégorie rentreraient les cas d'impulsions morbides qui se produisent fréquemment aux époques cataméniales, kleptomanie, pyromanie, etc. Mais à côté de ces faits on voit parfois la folie menstruelle n'être qu'une modalité plus ou moins transitoire de la folie périodique ; M. Magnan (2) indique dans une de ses observations de folie périodique qu'à une certaine époque les accès étaient mensuels. Allant plus loin, on peut concevoir que certains cas prolongés de psychoses menstruelles rentrent dans la folie périodique et participent en particulier à son caractère d'incurabilité. C'est bien là l'opinion de Schüle (3) : il distingue les faits où « la terminaison est favorable, ce qui les différencie nettement des folies périodiques » et ceux qui se terminent justement par la périodicité et l'incurabilité. De son côté v. Krafft-Ebing range la folie menstruelle, prise en bloc, dans la folie périodique (et nous rappellerons en passant qu'il considère celle-ci comme une psychose

(1) SCHLESINGER. *Wien. med. Jahrbucher*, 1874, f. 1.

(2) MAGNAN. *Recherches sur les centres nerveux*, 2e série, obs. II, p. 510.

(3) SCHULE. *Traité des maladies mentales*, p. 307.

de dégénérescence). L'accord est en somme loin d'être fait sur la place qu'on doit donner aux psychoses menstruelles dans la classification (1).

Nous signalerons en dernier lieu que pour Schüle certaines vésanies chroniques à exacerbations menstruelles doivent peut-être cette dernière particularité à leur origine menstruelle primitive.

Le **traitement** est essentiellement variable. Si dans les cas graves avec délire intense et prolongé le placement de la malade dans un établissement spécial peut être indiqué, il est loin d'en être toujours ainsi. En raison de la courte durée des accidents les malades peuvent en général être soignées dans leur famille, ce qui explique en partie la rareté relative de ces cas dans les asiles.

Au cours de l'accès délirant le traitement sera surtout symptomatique et les indications immédiates se tirent de la nature même de l'accès. Dans les accès maniaques et hallucinatoires les calmants sont naturellement indiqués. V. Krafft-Ebing préconise très vivement le bromure de potassium, il en fait même un médicament spécifique. Il le donne préventivement à la dose minima de 6 grammes par jour non sans une surveillance attentive en raison de l'intoxication possible. Ellen Powers critique cette opinion exclusive et montre que les délires menstruels donnent toujours une proportion de 68 p. 100 de guérison, qu'ils soient abandonnés à eux-mêmes, traités par la méthode de v. Krafft-Ebing ou par une médication autre. L'opium, les hypnotiques trouvent ici leurs indications ordinaires variables suivant les cas.

---

(1) On sait que les mêmes difficultés se rencontrent dans les psychoses puerpérales aussi bien à propos de leur classification que du diagnostic et du pronostic ; les unes paraissant n'être que des affections aiguës et transitoires, d'autres se rattachant aux folies périodiques, etc. Une de mes malades, qui est actuellement en plein accès de confusion mentale à la suite d'un premier accouchement, a eu antérieurement deux accès, qualifiés mélancolie, sans causes définies.

Dans les accès de forme dépressive et dans les périodes dépressives si fréquentes à la suite des accès maniaques il y aura lieu de relever la nutrition et de surveiller en particulier l'alimentation.

Les troubles circulatoires variés présentent aussi leurs indications spéciales. L'hydrothérapie, les enveloppements froids, les bains devront être employés suivant les cas, avec la prudence commandée par la coïncidence de la menstruation et des accès. Dans certaines circonstances, en particulier dans les psychoses prémenstruelles, il pourrait être indiqué de tenter la saignée dont les premiers auteurs disent l'action favorable. On aura peut être parfois avantage à agir de semblable façon dans les cas où le délire éclaterait à l'époque présumée des règles sans que celles-ci apparaissent. Inversement les hémostatiques, l'ergot de seigle (1) peuvent être indiqués par l'abondance des métrorrhagies. En somme, on ne peut que répéter que les médications varient avec chaque cas.

Dans les périodes intervallaires le traitement sera surtout hygiénique ; on pourra tenter le traitement préventif de v. Krafft-Ebing par le bromure. Weiss préconise (2) l'atropine que v. Krafft-Ebing déconseille. Enfin on aura soin de maintenir la malade au lit à l'approche et au cours des règles ; l'alitement qui n'est malheureusement guère employé en France dans le traitement des aliénés est d'ailleurs particulièrement indiqué dans le traitement des psychoses aiguës en général. Les lésions utérines et les troubles fonctionnels fournissent leurs indications particulières.

Dans certains cas, les interventions chirurgicales peuvent être formellement indiquées, mais donnent des résultats variables. Dans l'un des cas de Krœmer (obs. 3.), délire hallucinatoire menstruel après la castration pour ovarite, on voit se succéder les phénomènes suivants : opération en

(1) SCHLANGENHAUSEN (*Psych. Centralblatt*, 1877, 2), cité par KRAFFT-EBING qui n'a eu aucun succès par ce médicament.

(2) WEISS. *Psych. studien aus der klinik des p. Leidesdorf*, 1877, p. 24.

avril 1888; jusqu'en septembre 1888, les accès délirants se reproduisent aux époques où les règles auraient dû reparaître. Puis disparition des accès pendant 2 mois. En décembre, métrorrhagie abondante pendant deux jours, accompagnée d'un accès délirant de quatre jours de durée; à partir de ce moment jusqu'en 1891 on observe des accès d'agitation plus ou moins durables avec hallucinations, coïncidant ou non avec des métrorrhagies. En 1892, les accès redeviennent réguliers pendant un an. Enfin tous les symptômes disparaissent, si ce n'est que la malade, d'ailleurs très débile, présente parfois une légère excitation passagère (1895).

Dans un cas de dysménorrhée avec délire hallucinatoire polymorphe menstruel (p. 71), l'intervention est faite à une époque où les phénomènes douloureux et les troubles mentaux sont devenus très irréguliers et ne coïncident plus spécialement avec les règles. Après la castration, l'état mental s'améliore légèrement; enfin après divers accidents fébriles, la malade sort si bien guérie qu'elle devient surveillante en chef d'une clinique. Goodell, d'après Krœmer (p. 9), a opéré trois malades avec deux succès et une amélioration. Ces cas sont, on le voit, certainement encourageants au point de vue de l'intervention quand il existe des lésions et des troubles fonctionnels graves, mais l'opération ne devra être pratiquée qu'après une longue observation, étant donnée la guérison spontanée fréquente.

En dernier lieu, il faut rappeler la valeur de la notion des psychoses menstruelles périodiques au point de vue médico-légal; les formes frustes sont surtout importantes car elles sont facilement méconnues ; mais cette question est étudiée à fond par Icard et Schwob et leurs thèses contiennent les renseignements les plus complets à ce sujet, particulièrement sur tout ce qui a trait aux impulsions morbides.

En résumé, il existe des formes rares de psychoses menstruelles periodiques. Le délire, de forme maniaque, mélancolique ou hallucinatoire, débute en général subitement à un moment variable des règles et se termine de même.

Les périodes intervallaires sont lucides en général. L'affection est aiguë, subaiguë, prolongée ou chronique. Elle débute à tous les âges (psychoses menstruelles primordiales, communes ou climatériques), son pronostic est relativement bénin (68 p. 100 de guérison), mais elle peut se terminer par la chronicité, la démence plus ou moins précoce, la transformation en une vésanie continue vulgaire, ou peut-être en une folie périodique vraie. Elle est susceptible de récidive.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

DE LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE DANS LE TRAITEMENT DU PROLAPSUS

Colporrhaphie antérieure et colpo-périnéorrhaphie.

(Méthode opératoire de Sanger) (1)

L'auteur tout en rappelant de façon brève la plupart des méthodes et procédés appliqués au traitement du prolapsus des organes génitaux, expose ses idées personnelles sur ce sujet. Ces idées se rapprochent beaucoup de celles qui ont été émises, dans la discussion sur la même question au dernier congrès français de chirurgie, et qui sont spécialement développées puis condensées dans le rapport de M. Bouilly. « *Les méthodes sanglantes* ou *Traitement chirurgical* des prolapsus génitaux comprennent des opérations nombreuses et variées dont les unes représentent les *actes fondamentaux* du traitement, les autres les *actes complémentaires*, etc. Les actes fondamentaux doivent : 1° viser d'abord et *dans tous les cas* le plancher vagino-périnéal, point affaibli du diaphagme pelvien ; 2° se compliquer d'actes complémentaires du côté de l'utérus, augmentant d'importance avec ses lésions secondaires, et son degré de descente. *Dans un très grand nombre de cas les opérations vagino-périnéales fondamentales seront suffisantes et efficaces dans la presque totalité des cas, etc.* (2).

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 2, p. 33.

(2) *Annales de Gyn. et d'Obst.*, novembre 1896, p. 552.

Or voici, dans l'ensemble, ce que pense le gynécologue allemand : « Dans le traitement chirurgical du prolapsus d'organes génitaux, en dépit des procédés opératoires, multiples, imaginés dans ces derniers temps (hystéro, colpo, cystopexie, etc.), l'efficacité la plus grande appartient aux opérations plastiques sur l'utérus, le vagin et le périnée, parce que, conformément à la proposition d'Hegar, l'insuffisance de l'appareil d'occlusion, de soutien des organes génitaux joue un rôle plus actif dans l'étiologie du prolapsus que l'insuffisance primitive des moyens de fixité péritonéaux; *à l'exception de quelques rares cas, tout spéciaux, la grande majorité des prolapsus sont curables par les méthodes opératoires, purement plastiques*, etc. » — Notons également l'importance qu'il accorde, parmi les opérations faites sur l'utérus, à l'excision élevée du col suivant la technique de Kaltenbach, méthode dérivée du reste du procédé opératoire d'Huguier ; « je place, dit-il, sous le rapport de l'efficacité, cette excision élevée du col bien au-dessus de l'opération d'Alexander-Alquié. Combinée avec la neutro-fixation, je la tiens dans quelque cas rares, exceptionnels, pour le moyen le plus puissant de maintenir définitivement l'utérus élevé ».

Sans suivre plus longtemps l'auteur dans son exposé et ses critiques des différentes méthodes de réfection du plancher pelvien (méthode à lambeaux par dédoublement de la cloison recto-vaginale, méthode de décortion du vagin par dissection sous-vaginale, etc.), nous nous bornerons à reproduire la description qu'il donne de sa technique personnelle pour la colporrhaphie antérieure et la colpo-périnéorrhaphie (1).

1° COLPORRHAPHIE. — Une anse de fil immédiatement en arrière de l'urèthre. Pince tire-balle sur la lèvre antérieure du col de façon à bien étaler le champ opératoire. Incision sur la ligne médiane de 1 à 1,5 centimètre de l'urèthre jusqu'au cul-de-sac vaginal. Sur les bords de l'incision, à 2 ou 3 centimètres l'une de l'autre, pinces de Kœberlé. Ces pinces servent à attirer le vagin en avant, quand cet organe ne se laisse pas disposer verticalement et étaler. *Pas de spéculum.* Les pinces de Kœberlé étant saisies d'un côté, on les tient élevées et tendues. A l'aide du bistouri, décollement de la vessie le long de la lèvre gauche de l'incision vaginale sur une largeur de 2 à 3 centimètres. La paroi vaginale étant bien tendue, après application nouvelle, quand il est besoin, de pinces-clamps qui la saisissent plus largement, libération, refoulement mousse de la vessie au moyen d'un porte-gaze

(1) *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 2, p. 39 *et seq.*

Lorsqu'on tombe sur une couche intervésico-vaginale nette délimitée, cette libération est obtenue en deux secondes, avec une perte de sang insignifiante. Cela fait, abandon des pinces qui correspondent au côté décollé, et répétitions des mêmes manœuvres sur le côté opposé. La cystocèle semi-oviforme est de cette manière mise entièrement en évidence. — De nouveau, on saisit et on étend les deux lambeaux, puis on les décolle plus ou moins sur tels ou tels points de façon à les régulariser ; on détache ensuite les quelques faisceaux qui ont pu rester adhérents à la paroi vésicale, on pince les vaisseaux les plus volumineux qui donnent du sang. Cela fait, on excise avec des ciseaux droits les lambeaux vaginaux de façon à ce que la perte de substance affecte la forme d'une feuille de myrte dont le sommet allongé regarderait vers l'urèthre. Cette excision ne doit pas être faite aux limites de la vessie, mais à environ 2 à 3 millimètres.

Le plissement et le retournement de la paroi vésicale sont ensuite obtenus au moyen soit d'une suture continue soit d'une suture à points séparés avec de la soie fine ; les sutures commençant immédiatement en arrière du bord de l'excision vaginale sont menées transversalement et à distance d'un centimètre au plus l'une de l'autre. Dans le cas de larges cystocèles, on applique une seconde rangée de sutures perdues les unes au-dessus des premières, les autres entre. Puis, on ferme le vagin, réduit à une longue fente longitudinale, de la portion vaginale du col vers l'urèthre par des sutures, très rapprochées, dont les points d'entrée et de sortie sont tout près du bord des lèvres de l'incision vaginale, et qui prennent superficiellement la vessie. A mesure que les sutures se rapprochent de la partie antérieure, les fils sont laissés plus lâches, afin que le vagin ne soit pas trop allongé et qu'il puisse se reporter en dehors et en haut. Quand il s'agit de vagins longs, faire une suture continue à la soie ; dans le cas contraire, préparer la suture à points séparés qui donne une ligne de suture plus longue.

L'usage exclusif de la soie, l'emploi d'une suture serrée procurent une cicatrisation plus sûre, plus solide que le catgut. J'ai constaté à la suite de l'emploi de celui-ci par d'autres chirurgiens, au lieu de cicatrices régulières, des cicatrices étoilées, déformées, qui témoignaient formellement de l'absence de réunion par première intention.

2° COLPO-PÉRINÉORRHAPHIE A LAMBEAUX. — D'abord, placement, immédiatement en arrière de la portion vaginale du col et sur la partie médiane, d'un fil destiné à servir de point de repère, après mise en évidence du champ opératoire soit à l'aide d'un écarteur vaginal, soit d'une pince tire-balle sur la lèvre postérieure du col ou, dans les cas de vagin large, après étalement direct du vagin avec les doigts. Dilatation forcée de l'anus, lorsque, comme c'est le cas le plus habituel, il y a des hémorrhoïdes. Tampon dans le rectum. L'indicateur gauche (protégé par un capuchon en caoutchouc) introduit dans l'intestin, étale le périnée et refoule vers la vulve la cloison recto-vaginale. Incision au bistouri sur la ligne médiane, sur une longueur

d'abord d'environ 3 centimètres allant du vagin vers le périnée; et, quand il existe une columna rugorum, menée suivant cette columna, quand il n'y a pas déchirure du périnée, intéressant la commissure formée par les grandes lèvres se prolongeant jusqu'au voisinage de l'anus. Incision de moins en moins profonde, n'intéressant plus que la peau vers sa terminaison près de l'anus. Puis, incision curviligne ou en forme de V, tracée avec des ciseaux pointus, le long des limites du périnée des grandes et petites lèvres, et remontant plus ou moins en avant suivant que l'orifice du vagin doit être plus ou moins rétréci.

On peut, surtout quand il y a déchirure du périnée, faire d'abord l'incision courbe puis la sagittale. Leur combinaison affecte la forme d'une ancre du point d'intervention des deux incisions, les sommets des deux lambeaux ainsi dessinés sont décollés vers les côtés et saisis dans deux pinces de Kœberlé; deux autres pinces sont appliquées sur les bords de l'incision vaginale immédiatement en avant de sa terminaison. Avec ces deux pinces, on attire un peu en bas la portion de la paroi postérieure du vagin située directement au-dessus et on incise à nouveau sur la ligne médiane de façon à prolonger de 2 à 3 centim. l'incision primitive. A l'extrémité postérieure de l'incision prolongée, application de deux nouvelles pinces, attraction vers le bas de la portion faisant directement suite de la paroi postérieure du vagin, incision nouvelle de 2 à 3 centim., etc., etc.

Ainsi, par étapes successives, prolongation de l'incision médiane jusqu'au point le plus élevé du cul-de-sac postérieur, en arrière de la portion vaginale du col. On est ainsi conduit à appliquer 10 à 16 pinces de Kœberlé qui, toutes, tombent dans la main du chirurgien sans apporter la moindre gêne à son intervention (voir fig. 1 et 2). — A mesure qu'il fait l'incision médiane, le chirurgien reconnaît très exactement les limites du vagin d'abord, puis de l'intestin et du péritoine du cul-de-sac de Douglas, parce que sous la pression du doigt placé dans le rectum, le vagin s'écarte de plus en plus fortement des organes sous-jacents.

Si, au cours de l'intervention, on lèse transversalement ou obliquement un gros vaisseau, on s'arrange de façon à saisir, en ce point, la paroi vaginale dans une pince de Kœberlé. On fait ainsi l'incision médiane de la paroi postérieure du vagin en mettant à profit l'éversion artificielle au moyen des pinces de Kœberlé de cette paroi, ce qui permet de la prolonger facilement; sans crachats, sans aides jusqu'en arrière de la portion vaginale du col. Qu'exceptionnellement, par suite d'adhérences cicatricielles le cul-de-sac postérieur ne se laisse pas attirer en bas, il reste possible d'inciser *in situ*.

L'incision médiane terminée, la main gauche du chirurgien devient libre; l'index est retiré du rectum et débarrassé de sa coiffe en caoutchouc. Toutes les pinces de Kœberlé pendent librement. Maintenant, commence la *dissection des lambeaux :* un assistant prend toutes les pinces d'un côté, le droit généralement, les élève en tirant un peu dessus. Puis, le chirurgien,

saisissant avec une pince-crochet le bord de l'incision vaginale, commence en haut, au niveau du cul-de-sac, entre les deux pinces de Kœberlé les plus élevées, en opérant tout près de la paroi vaginale et parallèlement à elle, à pratiquer une incision plane ayant pour but de séparer d'abord le péritoine et plus bas l'intestin, suffisamment des bords du vagin, de façon à pouvoir pénétrer entre eux. Si, par hasard, une pince de Kœberlé a saisi le péritoine ou l'intestin, on la retire et on l'applique le plus largement possible, mais

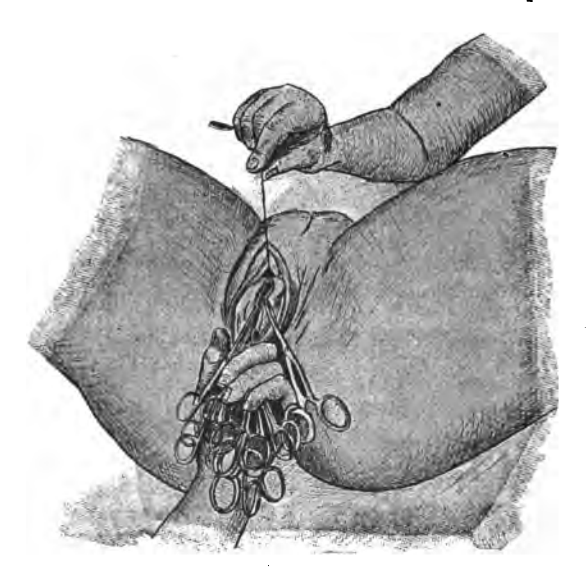


Fig. 1. — Colpo-périnéorrhaphie à lambeaux. L'index gauche placé dans le rectum refoule la paroi postérieure du vagin vers la vulve. Les pinces de Kœberlé appliquées sur les bords de l'incision médiane du vagin pendent librement dans la paume de la main. On voit les 2 pinces qui doivent servir à abaisser la portion suivante, plus élevée de la paroi postérieure du vagin. Le fil tenu et tendu indique le point terminal de l'incision médiane en arrière de la portion vaginale du col.

exclusivement, sur la paroi du vagin. Le chirurgien continue ainsi, mais, d'abord, pour le tiers supérieur du vagin seulement.

Avec un petit porte-gaze ou même avec l'index entouré de gaze, il est alors facile de séparer le péritoine et le rectum du vagin. Un peu plus bas, région où les connexions du rectum avec le vagin sont plus intimes, plus fibreuses, plus résistantes ; cette libération exige plus souvent l'emploi du bistouri et des ciseaux ; de cette façon on ne laisse pas en place plus de tissu qu'il n'est besoin, on peut d'ailleurs opérer très aisément le décollement en agissant avec le dos du bistouri tourné vers la paroi du vagin. *Et il faut poursuivre*

le décollement presque dans le tissu para-vaginal, jusqu'au bord du muscle releveur de l'anus, et le prolonger assez loin en dehors et en avant pour qu'il atteigne les extrémités de l'incision curviligue à la vulve.

Ce temps de l'intervention est alors terminé pour l'un des côtés; on procède exactement de même manière sur l'autre côté. Le chirurgien a obtenu ainsi 2 lambeaux vaginaux. Et le troisième temps de l'intervention va consister dans la *résection des lambeaux vaginaux.*

Avant de procéder à cette résection on relève et tend une dernière fois les deux lambeaux semblables à de grandes ailes de papillon, de façon, s'il est besoin, à régulariser le décollement, à éloigner les lambeaux ou à les relever vers la vulve. Cela fait, section des lambeaux de la vulve vers le cul-de-sac postérieur,

Fig. 2.

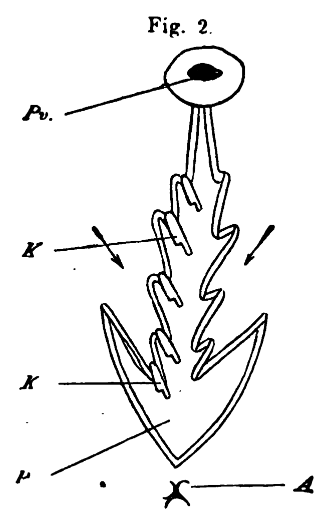


FIG. 2. — K. Pinces de Kœberlé. — Pv. Portion vaginale du col. — P. Périnée. — A. Anus.

avec le soin de laisser une petite bande de lambeau d'un demi-centimètre environ au niveau de la vulve, mais allant en diminuant de plus en plus vers l'extrêmité postérieure; application de pinces sur les vaisseaux sanguins. Des ligatures directes ne sont presque jamais nécessaires; plutôt des ligatures médiates qu'on peut utiliser pour le plissement du rectum.

La forme de l'avivement est presque semblable à celle de l'avivement d'Hegar; mais, ici, l'avivement s'étend plus haut et plus bas vers l'anus; d'autre part, les bords de la plaie débordent un peu la surface cruentée; vers le bas, l'avivement est plus large, pénètre jusque dans le tissu para-vaginal et se prolonge aussi beaucoup plus haut jusqu'aux limites des grandes lèvres; d'autre part, l'incision périnéale s'étend jusqu'au voisinage de l'anus.

Le tissu vaginal est partout enlevé sur toute son épaisseur.

La suture ne diffère pas de celle d'Hegar pour la portion supérieure de l'incision vaginale; mais pour la portion inférieure et pour le périnée. La plaie vaginale est fermée du cul-de-sac postérieur vers le périnée par des sutures transversales à points séparés (soie n° 3), le point d'entrée et de sortie des fils étant tout près du bord de l'incision vaginale. — Quand il existe une rectocèle accentuée, on la traite comme la cystocèle (V. plus haut) par une suture à points séparés; si elle est moins importante, on la replie et on la recouvre à l'aide d'une suture en V, allant d'un bord à l'autre de l'incision vaginale et traversant la partie saillante de la rectocèle. Quand,

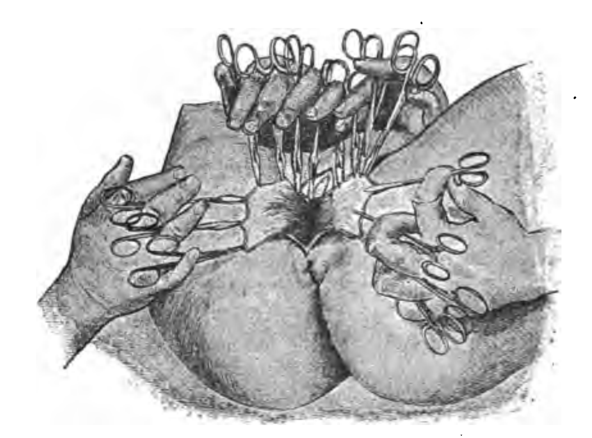


FIG. 3. — Figure d'après épreuve photographique. — Colpo-périnéorrhaphie à lambeaux. Les deux lambeaux vagino-vulvaires sont libérés et tendus. La section des lambeaux se fait suivant la ligne ponctuée. On ne voit pas l'angle formé par la rencontre des extrémités supérieures des lambeaux.

peu à peu, on est arrivé à l'entrée du vagin, on constate régulièrement sur les deux côtés de l'avivement que le bord de la plaie vaginale n'est plus au contact de l'intestin, qu'au contraire, par suite de l'excision d'une bande de la paroi vaginale latérale, il s'en écarte et s'infléchit en avant au voisinage de l'extrémité de l'avivement à la vulve. *A partir du point où cette inflexion du vagin en avant se dessine, il faut ne plus comprendre la paroi abdominale dans la suture et ne saisir que les bords de la plaie vaginale.* Avec ces précautions, on obtient que le vagin s'élève graduellement vers l'orifice vaginal néoformé, et on réussit à refaire d'une manière surprenante les caroncules hyménaux (à la condition, bien entendu, qu'il en restait sur les parties latérales), une commissure labiale bien dessinée, et même une fosse naviculaire. — Cette portion inférieure du vagin est suturée transversalement avec la portion la plus antérieure du nouveau périnée qui en acquiert plus

de solidité. De cette façon, le tiers antérieur (ou même la moitié suivant les cas) du nouveau périnée (voyez fig. 4 et 5) est composé du périnée et du vagin. Les fils ne sont noués qu'après application de toutes les sutures vagino-périnéales et périnéales. Ils sont ensuite coupés courts.

Les cuisses de la femme étant tenues élevées, on constate que le périnée nouveau, solide, a une hauteur de 5, 6 et même 8 centimètres ; mais, si le chirurgien place les pieds de la malade sur ses genoux, le périnée paraît plus court et l'on peut constater que le nouvel orifice vaginal est dans tous les cas suffisamment large. D'autre part, si l'on pratique le toucher on constate et précisément dans les cas où il s'agissait de prolapsus accusés, que le vagin a acquis une longueur telle qu'on n'atteint pas, ou à peine, la portion vaginale du col.

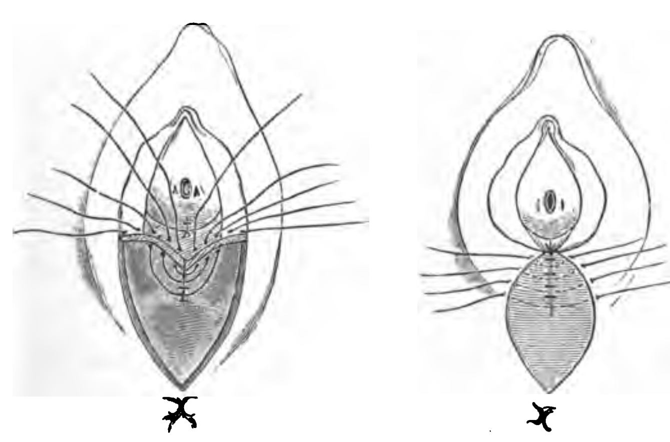


FIG. 4. — Placement des dernières sutures seulement à travers le vagin (ici, aussi à travers la portion la plus inférieure des nymphes).

FIG. 5. — Les sutures vaginales serrées visibles du côté de la plaie périnéale. — Les sutures périnéales supérieures comprennent le vagin.

Dans le vagin, pendant 2 à 3 jours, pour faciliter l'écoulement des sécrétions, une petite bande de gaze iodoformée. Sur la région vulvaire, collodion iodoformé. Comme pansement, bande de gaze iodoformée entre les lèvres ; sur le périnée et l'anus, fort tampon d'ouate de bois ; membres inférieurs maintenus rapprochés. Permission d'uriner spontanément le 3e jour ; laxatif le 5e jour. Enlèvement des fils périnéaux le 8e. Infection vaginale au cas seulement de sécrétion abondante. — *Exeat* du 12 au 14e jour après l'opération, avec la recommandation de faire des lavages biquotidiens avec une solution de permanganate de potasse. Enlèvement des fils internes 2 à 3 semaines après l'*exeat*. Le séjour à demeure, pendant des semaines, des fils de soie a, au point de vue de la solidité des cicatrices, lesquelles pourtant

sont à peine visibles, un immense avantage sur les sutures au catgut. D'autre part, l'auteur n'a jamais observé la migration dans la vessie des sutures perdues à la soie.

SANGER n'est pas en état de proclamer d'après des faits nombreux l'excellence des résultats définitifs. Il peut toutefois affirmer, que sur un ensemble élevé d'opérations de prolapsus par la méthode à lambeaux pratiquées au cours des sept dernières années, il n'a enregistré que de très rares récidives, qui, d'ailleurs, étaient toujours moins graves que l'affection primitive. Il est également convaincu que tous ceux qui auront appris à bien exécuter sa technique opératoire reviendront difficilement aux autres méthodes. R. LABUSQUIÈRE.

REVUE CLINIQUE

MENSTRUATION PRÉCOCE CHEZ UNE ENFANT DE SIX MOIS

Par **de Vlaccos** (Mételin).

Lesvia. H..., née fin août 1892, a toutes les apparences extérieures d'une enfant de 10 ans. Sa taille est de 1 m. 14 cent., son poids net de 22 kilog. avec chevelure abondante et teint animé ; l'intelligence seule trahit son véritable âge. Sa mère, paysanne bien portante, réglée à l'âge de 14 ans, nous raconte qu'à l'âge de six mois la bambine eut pour la première fois un écoulement sanguin du côté des organes génitaux et qui depuis ne cessa de se répéter d'abord tous les quarante jours avec anticipation, à chaque retour, de trois quatre jours.

Le médecin de la localité qui nous accompagne pendant notre visite confirme de tout point la déclaration de la mère. Actuellement la fillette est réglée régulièrement toutes les quatre semaines avec une durée de quatre jours environ, et pour que le tableau de son état pubère soit complet, la mère nous dit qu'à l'approche du flux cataménial l'enfant tombe dans un état de malaise et d'humeur, état voisin de la mélancolie. C'est justement à une occasion semblable que nous la visitons.

L'examen nous révèle des seins d'une jeune fille de 17 ans et encore bien développée, avec glandes mammaires en rapport avec le dévelop-

pement général des seins, mamelons bien accusés se mettant en érection pendant la palpation des seins.

La région génitale attire spécialement notre attention. Le mont de



Vénus porte des traces de poils nombreux épilés, d'après l'usage oriental. La vulve, les lèvres, grandes et petites, sont bien développées, au

point de donner le change avec celles d'une fille formée. L'écartement des lèvres nous montre l'hymen intact avec petit orifice central. Les fesses, les cuisses, sont bien prises ; enfin l'ensemble de la bambine est agréable, n'offrant rien de monstrueux. La photographie ci-jointe donnera une idée assez nette de l'individu.

Tel est l'historique de ce petit phénomène de précocité qui, tout en n'étant pas unique dans les annales de l'histoire de la physiologie, ne manque pas, néanmoins, de susciter toujours notre curiosité et nous intéresser de par sa rareté.

REVUE DES PÉRIODIQUES RUSSES

1° *Journal d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Pétersbourg* (1).

Contribution à l'étude du traitement des hématocèles rétro-utérines.

E. Gorov. — Malade âgée de 28 ans, se plaint d'être malade depuis 3 mois. Début de la maladie a été brusque, douleur violente et syncope après un retard des règles de 7 semaines. Le lendemain une hémorrhagie s'est déclarée qui a duré quinze jours. Défécations excessivement douloureuses.

Réglée à quinze ans régulièrement et sans douleurs jusqu'à son accouchement qui a été facile, mais les suites de couches pathologiques, et depuis ce temps la malade était toujours souffrante, ses règles sont devenues irrégulières, tantôt tous les 15 jours, tantôt toutes les trois semaines, duraient 3 à 7 jours, étaient très douloureuses. Pertes blanches.

Actuellement la malade se plaint de pesanteur et de douleur dans le bas-ventre, douleurs dans les reins et dans les jambes, surtout pendant la marche et pendant le travail, impossibilité de s'incliner. Anorexie. Ténesme rectal. Au niveau du pubis, on sent une tumeur immobile, inégale, sensible à la palpation, occupant le milieu de l'entrée dans le petit bassin. Dans le vagin on sent une grande tumeur, arrondie, inégale, légèrement élastique et sensible à la pression. Le col de l'utérus est haut. On ne peut sentir ni le corps utérin, ni les ovaires. Le mouvement communiqué à la tumeur dans le vagin se transmet à la tumeur sentie au-dessus du pubis : la tumeur est la même.

---

(1) Suite. Voir *Annales de gynécologie*, janvier 1898, p. 80.

Après quinze jours de traitement habituel (injections chaudes, repos, ovules à l'ichtyol), pas d'amélioration appréciable.

Alors l'auteur a commencé le massage. Après 7 séances (tous les deux jours) la tumeur a diminué, l'utérus s'est séparé du pubis, est descendu et le corps est senti par le toucher.

Voyant les bons résultats des massages, l'auteur a continué tous les jours pendant 12 jours, la tumeur a complètement disparu, l'utérus a pris sa position normale, l'ovaire droit est bien senti, le gauche n'est pas senti. Près de l'angle gauche du fond de l'utérus, on sent nettement un corps ovale et allongé, charnu, gros comme une amande et dont une extrémité est réunie avec l'angle de l'utérus ; dans les ligaments larges et dans les ligaments utéro-sacrés on sent encore des cordes (tractus).

Après 10 séances de massage, il n'est resté des tractus que dans le ligament large gauche, aussi le col-utérin était attiré un peu à gauche. A la place du corps allongé près de l'angle du fond utérin, il reste un cordon allongé, d'une épaisseur d'un crayon mince, présentant au milieu un épaississement de la grosseur d'une noix.

Pendant tout le temps du traitement la température ne s'est pas élevée au-dessus de 37°,2, la malade n'a pas accusé de plus fortes douleurs.

A la fin du traitement, la malade se sentait tout à fait bien portante, l'appétit est revenu, la défécation est devenue régulière et indolente. Les forces sont revenues.

L'auteur a revu la malade plusieurs fois après et elle se portait bien.

Un cas d'arrachement du cul-de-sac postérieur du vagin pendant le coït (1).

Lvoff. — Il rapporte l'observation d'une malade, âgée de 23 ans, qui lui a été amenée le soir, très pâle, ayant une hémorrhagie par les organes génitaux ; le linge et la robe trempés de sang dans cet endroit, à tel point qu'il a pu être exprimé.

Par le toucher vaginal, il a pu constater que le cul-de-sac postérieur a été arraché du col utérin sur toute sa largeur et présentait une fente de 4 centimètres de longueur à bords inégaux. Le doigt, enfoncé dans cette fente, rencontre le tissu cellulaire, le péritoine recouvrant la partie supérieure du cul-de-sac, était intact.

L'hémorrhagie a été arrêtée par la torsion de l'artère déchirée, le vagin tamponné à la gaze iodoformée.

(1) *Journ. d'accouchement et de gynécologie,* mars 1897, p. 276.

La déchirure s'est produite au moment d'un coït; la femme étant demi-couchée dans un fauteuil ; l'homme impétueux ; au début elle a ressenti une vive douleur, elle se plaignait de douleurs dans le bas-ventre pendant l'acte et à la fin elle s'est aperçue de l'hémorrhagie. Cette femme avait eu deux autres coïts, étant jusqu'alors vierge, avec le même homme, dont les organes génitaux sont de dimensions moyennes, et dans des conditions normales ; guérison complète.

Myomotomie sur l'utérus gravide.

THAMIM. — Dans la littérature, d'après le travail du Dr Thamim (1), on trouve 55 cas de myomotomie sur un utérus gravide sans avoir enlevé ce dernier.

Les résultats ont été les suivants : 31 cas de guérison avec continuation de la grossesse et accouchement à terme, 15 cas de guérison avec avortement et 9 cas de mort de la mère et du fœtus. Dans la Russie on a publié 4 observations : 1 observation de Bidder, 1 du professeur Slaviavsky et 2 de Ott.

Dans l'observation du Dr Thonison, d'Odessa, il s'agit d'une femme de 25 ans, IVpare, à terme. Le dernier accouchement, il y a un an, a été prolongé et pénible par suite, comme le croit la malade, de la tumeur qu'elle a vue se développer depuis 3 ans. L'enfant était mort au bout de 2 jours.

Les dernières règles il y a six semaines ; dans ces derniers mois la tumeur a commencé à grossir assez rapidement ; la malade éprouve des douleurs dans le ventre et est faible.

Sur le fond de l'utérus on trouve une tumeur grosse comme une tête d'enfant, à base assez large ; elle est mobile, arrondie, dure et lisse, s'étendant jusqu'au-dessus de l'ombilic.

Le 12 janvier, la tumeur a été enlevée.

Le 5 février, la malade a quitté l'hôpital ; état général excellent, pas de douleurs, le fond de l'utérus au-dessus de la symphyse.

Le 3 août, à la suite d'une indigestion, vomissements, diarrhée, douleurs de travail à l'entrée ; à l'hôpital fœtus vivant, position longitudinale, dilatation presque complète, tête très haute, procidence du cordon ; réduction, mais l'enfant est mort.

Deux mois après, la malade a été revue en parfait état.

Dr RECHHTSAMER.

---

(1) *Wiener klin. Wochenschrift*, n° 41, 1896.

2° *Wratch* (1).

Dix-sept hystérectomies vaginales totales.

Birchtein. — Toutes ces opérations ont été faites à l'hôpital de Smolensk dans l'espace des trois dernières années ; dans 13 cas il s'agit de cancer, dans un cas il y avait prolapsus de l'utérus et trois fois il s'agissait de fibromyômes, dont deux opérés par morcellement ; il y a eu seize guérisons et un cas de mort par pneumonie une semaine et demie après l'opération.

L'une des opérées ne présentait pas de récidive un an après l'opération, une autre succomba cinq mois plus tard au cancer du poumon ; l'état de santé des autres opérées est inconnu.

L'un des fibromyômes enlevés était calcifié. Un autre cas intéressant est celui d'une femme de 53 ans, qui eut 17 accouchements normaux jusqu'à l'âge de 50 ans, les fibromes ne s'étant évidemment développés que dans le cours des trois dernières années.

De l'anatomie pathologique de la rétine dans l'éclampsie (2).

V. N. Dolganoff. — L'auteur a examiné les yeux de deux femmes mortes d'éclampsie puerpérale et qui n'avaient manifesté aucun trouble visuel tant qu'elles étaient en connaissance. L'altération consiste principalement en un œdème du nerf optique et de la rétine, de sa couche externe en particulier où il se forme de vastes espaces remplis de liquide. L'œdème est la conséquence d'une altération des parois vasculaires ; l'endothélium des vaisseaux est tuméfié au point d'obstruer par places la lumière du vaisseau. Les altérations des éléments figurés de la rétine et du nerf optique sont peu prononcées, suffisants néanmoins pour rendre compte de l'amaurose ou de l'amblyopie.

De l'avortement manqué (missedabortion) (3).

J. L. Kocnig. — L'auteur a observé deux cas de missedabortion à la clinique gynécologique du professeur Fedoroff (Varsovie) et il fait à ce propos une revue et la statistique des 29 cas semblables publiés jusqu'ici. Voici les deux observations inédites :

Obs. 1. — Femme de 33 ans, six grossesses à terme, les enfants ayant tous été allaités par la mère pendant un an, un an et demi et plus ;

(1) *Wratch*, 1897, n° 44, p. 1264.

(2) *Wratch*, 1897, p. 620.

(3) *Wratch*, 1897, n° 34, p. 679.

une grossesse, la cinquième, s'est terminée par une fausse couche au troisième mois ; enfin la huitième grossesse se termine par l'expulsion d'un œuf dégénéré au bout de onze mois.

La grossesse avait été normale jusqu'à quatre mois, puis des métrorrhagies s'établirent pendant deux mois et recommencèrent après une interruption de deux mois, sans s'accompagner d'autres symptômes morbides. L'expulsion eut lieu spontanément onze mois après le début de la grossesse ; l'œuf mesurait 11 centim. ; entre le chorion et l'amnios se trouvait un caillot sanguin organisé ; il n'y avait plus aucune trace d'embryon ; la guérison fut simple.

Obs. 2. — Femme de 42 ans, primipare. La grossesse est normale jusqu'à six mois ; à cette époque, à la suite d'une vive contrariété, la patiente éprouve des douleurs dans le ventre, accompagnées de pertes blanches ; ces accidents disparaissent bientôt et la santé générale n'est aucunement troublée jusqu'à la fin du neuvième mois de la grossesse, lorsqu'a lieu l'expulsion d'un fœtus de six mois, qui présente un commencement de macération. Guérison simple.

De la transplantation des ovaires chez les lapins (1).

V. G. GRIGORIEFF (Thèse de Saint-Pétersbourg). — L'auteur a reproduit en grand les expériences de Knauer ; il a laparotomisé 20 lapines, dont une pleine, et après avoir enlevé les ovaires il les suturait en un autre point, soit sur les ligaments larges, soit sur le mésentère du même animal ou d'un autre. Les animaux furent sacrifiés au bout d'un temps variable et les organes transplantés furent soumis à l'examen microscopique. Il se trouva que les ovaires fixés au mésentère s'atrophient et se résorbent, tandis que ceux qui sont suturés aux ligaments larges s'y greffent et, après avoir subi un commencement d'atrophie, reprennent le dessus, continuent à se développer et à fonctionner normalement et les ovules trouvent leur chemin vers la trompe et l'utérus comme à l'état normal.

NAGEOTTE-WILBOUSCHEVITCH.

(1) *Wratch*, 1897, p. 656.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1898

TRAVAUX ORIGINAUX

DE LA SYMPHYSÉOTOMIE A LA CLINIQUE BAUDELOCQUE DU 7 DÉCEMBRE 1896 AU 7 DÉCEMBRE 1897

Par le Professeur **A. Pinard.**

Je vais exposer aujourd'hui, selon ma coutume, les résultats obtenus à la Clinique Baudelocque du 7 décembre 1896 au 7 décembre 1897, après avoir suivi rigoureusement dans la thérapeutique des viciations pelviennes les préceptes que j'ai formulés en 1893.

Du 7 décembre 1896 au 7 décembre 1897, 97 femmes chez lesquelles une viciation pelvienne a été reconnue, sont venues accoucher dans le service. Sur ce nombre 77 accouchèrent spontanément.

Chez 20 il fallut intervenir.

Les interventions se décomposent de la façon suivante:

Agrandissement momentané du bassin...	7 fois
Application de forceps..................	3 —
Opération césarienne et amputation utéro-ovarique...........................	1 —
Gastro-hystérectomie..................	2 —
Basiotripsie sur enfant mort............	6 —

4 femmes ayant été symphyséotomisées dans des accouchements prédédents, ont accouché spontanément.

Examinons d'abord les cas où l'agrandissement momentané a été pratiqué par nos collaborateurs Varnier, Bouffe de Saint-Blaise, Baudron et par moi.

OBS. 87. — LXXXIII[e] *symphyséotomie*, pratiquée le 13 janvier 1897. (M. BOUFFE.)

La nommée Maria C..., primipare, entre à la Clinique Baudelocque, le 13 janvier à 1 heure du soir.

Femme réglée à 18 ans, irrégulièrement, sans antécédents. Date des dernières règles, du 25 au 30 avril 1896. Grossesse d'environ 8 mois et demi. Hauteur utérine : 35 centimètres.

A son entrée, la jeune femme est d'une malpropreté révoltante, et son état général est très mauvais ; œdème généralisé, pâleur, beaucoup d'albumine dans les urines, rien au cœur.

On ne sait depuis quand dure le travail ; à l'entrée, fœtus en G. T. tête très élevée inclinée sur le pariétal postérieur. Dilatation complète. 1 heure, rupture spontanée des membranes et l'orifice revient sur lui-même. Le fœtus souffre un peu.

Bassin rachitique : Diam. P. s.-p. : 10,4.

A 3 heures, la femme pousse sans engager la tête ; ces efforts se continuent jusqu'à 8 heures du soir sans qu'il y ait aucune progression. Les bruits du cœur de l'enfant sont bons (120). Liquide vert.

Opération : 8 h. 10. L'incision des téguments est accompagnée d'une hémorrhagie assez abondante. La section de la symphyse est achevée à 8 h. 17. Écartement spontané de 4 centim., provoqué de 6 centim. Tamponnement de la plaie.

Tentative de forceps ; mais comme la tête reste très élevée et que le forceps ne peut être appliqué que très irrégulièrement, M. Bouffe fait la version avec la main gauche. Évolution facile ; mais la sortie de la tête est difficile à cause de l'orifice qui bride. M. Lepage termine l'extraction, assez difficilement. Extraction terminée à 8 h. 30. Enfant étonné, vite ranimé, du poids de 3,500 gr., du sexe masculin.

Hémorrhagie de la délivrance, délivrance artificielle et injection intra-utérine. Nouvelle hémorrhagie considérable après la délivrance. Pouls filiforme, incomptable ; injection sous-cutanée de 120 gr. de solution salée. Tamponnement vaginal.

Suture profonde et cutanée, à un seul plan.

Il existe une communication de 4 centim. entre le vagin et la plaie pubienne.

On ne peut arriver à sentir le pouls qu'à 2 heures du matin.

14 janvier. Mauvais état. T. 38°,2 le matin, 38°,6 le soir. Pouls 144 ; on retire le tampon à 8 heures du soir ; un peu d'urine; dyspnée; pouls petit. Sérum de Marmorek, 10 gr.

Le 15. Même état. T. 39°,4-39. Pouls 140. Irrigation continue depuis la veille au soir ; la température ne baisse pas. Le sang ensemencé reste stérile. Sérum de Marmorek, 20 gr.

Le 16. T. 38°. Curetage le soir. Injection de sérum salé. Sérum Marmorek, 20 gr. ; œdème considérable des grandes lèvres ; diarrhée.

Le 17. Température 36°,8 et 38°,4. Pouls à 130. On cesse l'irrigation continue le soir. Sérum Mamorek, 10 gr.; sérum salé, 500 gr.

Le 18. Température entre 38°,9 et 40°, 2. Pouls 150. Sérum Marmorek 20 gr., sérum salé, 500. 1 heure grand frisson.

Du 19 au 26. La température a oscillé entre 40° et 38°,6. Le pouls est toujours resté entre 130 et 150.

L'état général devient de plus en plus mauvais. Il s'écoule par la vulve un liquide fétide ; la communication entre la plaie pubienne s'est infectée et l'orifice est grisâtre et déchiqueté. Il paraît s'écouler une partie du liquide infect. Le traitement a consisté en lavages vaginaux et utérins, en injections sous-cutanées de sérum salé et en injections sous-cutanées de sérum de Marmorek.

Le 25. Même état. La malade s'affaiblit. Pouls à 161 ; température, 40°.

Le 26. Température 41°,5. Pouls 160 ; frisson. 1 litre de sérum salé. Mort à 11 heures du matin.

Obs. **423** — LXXXIVe *symphyséotomie*, pratiquée le 8 mars 1897. (M. Pinard).

Mme Augustine F..., IIpare, cuisinière, 32 ans, entre au dortoir, le 4 mars 1897.

Cette femme ne sait pas à quel âge elle a marché, mais elle a toujours bien marché. Réglée à 14 ans, régulièrement depuis. Pas d'antécédents pathologiques.

Sa première grossesse s'est terminée le 9 août 1885, par un accouchement spontané, à terme. Garçon vivant, élevé au sein maternel, jusqu'à 9 mois et demi. Bien portant. Le retour de couches a eu lieu

au bout de 6 semaines et les règles n'ont pas cessé pendant toute la durée de l'allaitement.

La 2e grossesse à terme s'est terminée, le 6 mai 1893, à la Maternité par une application de forceps. Fille morte pendant le travail (?). La femme n'a pu donner d'autres détails.

Père différent pour les deux dernières grossesses.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 25 au 28 mai 1896. Apparition des mouvements actifs à la fin de septembre. La grossesse s'est passée sans incident. Cuisinière de son état, cette femme a travaillé jusqu'à son entrée au dortoir où elle se reposait depuis 3 jours quand elle a été prise des premières douleurs.

A son examen, pratiqué à l'entrée, on constate une présentation de l'extrémité céphalique. La tête dans la fosse iliaque droite est ramenée au niveau du détroit supérieur et maintenue par la ceinture eutocique. Ainsi corrigée, la présentation est une gauche transversale. Le foyer d'auscultation est à gauche au-dessous de l'ombilic. Le toucher, pratiqué par M. Pinard, démontre l'existence d'un rétrécissement du bassin, puisque le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 centim. Le diagnostic est complété par la constatation d'un hydramnios et d'un gros œuf.

L'état général de cette femme est d'ailleurs parfait : le cœur et les poumons ne présentent pas de signes stéthoscopiques. Le squelette n'a pas trace de déformations rachitiques ; il n'existe ni œdème ni varices, mais seulement un léger nuage d'albumine.

Cette femme entre à la salle de travail le 7 mars à 11 h. 15 du soir. A ce moment, sa température est de 36°,8, elle a une dilatation de 5 francs et la poche des eaux est très volumineuse. La tête est très élevée, les bruits du cœur sont normaux.

Le 8 mars, à 7 h. 50 du matin, rupture spontanée des membranes à la dilatation d'une paume de main. Il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique. La tête, mal appliquée au niveau du détroit supérieur, a toujours tendance à filer dans la fosse iliaque droite ; elle semble très volumineuse. A chaque contraction, il s'écoule une certaine quantité de liquide amniotique opalescent, et comme les contractions sont très fréquentes, on retire la ceinture et on ramène, en l'y maintenant, la tête au niveau du détroit supérieur. Le col est revenu sur lui-même. Mais il est complètement dilatable. Après une toilette soignée du vagin, on fait un tamponnement à la gaze iodoformée.

A midi, l'état n'ayant pas changé, M. Pinard examine de nouveau la femme et décide de pratiquer l'écartement momentané du bassin.

Symphyséotomie (8 mars 1890). Chloroforme à midi 40. — Soins préliminaires classiques. A midi 46, incision des téguments et section de la symphyse. Écartement spontané de 2 centim. et provoqué de 6 centim. M. Pinard pratique une version par manœuvres internes, et à 1 heure, il extrait un enfant du sexe masculin qui naît étonné, mais que quelques frictions suffisent à ranimer rapidement.

Délivrance par extraction simple à 1 heure 13, suivie d'une injection intra-utérine, à 48°. Suture de la plaie à 1 h. 25 (3 points profonds et 3 superficiels); tamponnement très serré du vagin avec 2 paquets et demi de gaze iodoformée. L'opération est terminée à 1 h. 40.

L'enfant, du poids de 4,070 gr., et d'une longueur de 52 centim., présente les diamètres suivants : O.M. 14,7 ; O.F. 13,2 ; — S.O. B. 11,2 ; — S.O. F. 13 ; — B. P. 10,1 ; — B.T. 9,1 ; — S.M. B. 12.

Le placenta, de forme discoïde, pèse 670 gram. Les membranes sont complètes et leur mensuration donne 32/7.

Suites. — Après l'opération, l'état de cette femme est bon, et son pouls bat 64. On lui fait une injection de 700 gr. de sérum salé.

Pendant 2 jours, il faut noter seulement une légère élévation thermique (38°) le soir, ainsi qu'une petite accélération du pouls (100). Mais bientôt, tout rentre dans l'ordre, et les suites sont absolument normales. Le sixième jour, en raison d'un œdème assez considérable des grandes et des petites lèvres, on enlève le fil profond inférieur. Les autres fils sont enlevés le huitième jour. Réunion parfaite. Intégrité absolue des fonctions vésicales et intestinales.

L'enfant, en excellent état, part en nourrice (au sein) le 21 mars, et la femme sort complètement guérie le 6 avril 1897.

LXXXV[e] *symphyséotomie. Bassin oblique ovalaire de Nægele.* (M. Varnier.)

J. Dr..., 25 ans, domestique, venant de l'asile Michelet où elle se reposait depuis quinze jours, entre à la Clinique Baudelocque le 23 avril 1897.

Enceinte pour la 2e fois, elle a eu ses dernières règles du 25 au 27 septembre; les mouvements actifs ont apparu le 1er février. La grossesse est d'environ 7 mois.

Interrogée sur ses antécédents, cette femme, fort intelligente, raconte que lors de sa 1re grossesse, en 1894, M. Bonnaire ayant reconnu qu'elle

avait un bassin oblique ovalaire, la fit accoucher prématurément au 8e mois dans le service d'accouchement de l'Hôtel-Dieu.

M. Bonnaire put extraire à l'aide du forceps un garçon qu'elle éleva au biberon pendant 3 mois; cet enfant fut ensuite placé chez une nourrice mercenaire (au Vésinet) pendant 1 mois et demi. Ramené à Paris et confié à une nourrice au sein, il mourut à 5 mois.

L'examen fait à l'entrée et complété le lendemain sous chloroforme permet en effet de constater que cette femme a un bassin oblique ovalaire type Nægele avec atrophie incomplète de l'aileron droit du sacrum et synostose sacro-iliaque droite.

L'histoire du 1er accouchement de Dr... a été publiée par M. Bonnaire dans la *Presse médicale* de 1895, n° 7, p. 51.

Voici résumés les points principaux de l'observation de M. Bonnaire :

Femme de 23 ans, de stature moyenne (1m,50), parfaitement constituée en apparence, sans stigmate de rachitisme, ayant marché à 9 mois, ne présentant rien d'anormal dans ses commémoratifs ni dans la première inspection pratiquée dans le décubitus dorsal.

Dernières règles du 1er au 2 mars. M. Bonnaire l'examine pour la 1re fois le 10 novembre 1894 et, bien qu'elle se dise arrivée à la fin du 8e mois, trouve la présentation fœtale, le sommet, très mobile au-dessus du détroit supérieur.

Cherchant la cause de cette anomalie, point n'est besoin d'une investigation laborieuse pour reconnaître qu'il existe une viciation pelvienne et que celle-ci ressortit au type de Nægele.

Passons sur les détails de l'examen. En voici le résultat :

Bassin oblique ovalaire type Nægele, variété droite, avec atrophie complète de l'aileron sacré. Diamètre médio-promonto-sous-pubien environ 105 millimètres. Promontoire bas. Interstice pubien nettement dévié à gauche et situé à environ 1 centimètre en dehors du plan médian du tronc.

Quant au degré de l'angustie pelvienne, la notion de l'étendue du diamètre médio-promonto-sous-pubien (105 millim.) ne lui paraissant d'aucune utilité, M. Bonnaire estime, d'après la mensuration externe corrigée du bi-ischiatique (75 à 80 millimètres), que le diamètre utile, c'est-à-dire le plus petit des deux obliques du détroit supérieur, mesure de 70 à 75 millimètres.

La mensuration du bi-ischiatique faite aussitôt après l'accouchement, la malade étant encore dans la narcose chloroformique, avec le pelvimètre (procédé de Breisky) a donné 77 millimètres.

Bref, le diagnostic a été fait complètement par la pelvimétrie interne.

Ce n'est qu'après, que M. Bonnaire s'est mis à la recherche des déformations plastiques de la partie inférieure du tronc qui sont en effet caractéristiques, et des autres signes connus de la viciation de Nægele.

Quant aux indications thérapeutiques, M. Bonnaire les formule ainsi :

« En présence du degré de rétrécissement du diamètre bi-ischiatique auquel nous avons affaire (77 millimètres) et de la perméabilité douteuse de la rainure sacro-iliaque du côté droit pour la présentation fœtale (les extrémités accolées de l'index et du médius y pénètrent à frottement), il n'est pas douteux que l'accouchement à terme ne pourra se faire spontanément. Si donc, nous abandonnons la grossesse à son cours naturel, nous aurons à choisir, au moment du travail, entre plusieurs modes d'intervention: application de forceps, version, embryotomie, opération césarienne ou ischio-pubiotomie.

« En laissant la femme accoucher à terme (ce qui semble actuellement moins grave que jadis), nous pourrions tenter l'extraction soit par le forceps (si le fœtus se présentait en O.I.G.A., c'est-à-dire avec l'occiput orienté vers la partie large du détroit supérieur, soit par la version, avec toutes autres positions, dans le but de ramener l'occiput en bonne direction, dans le temps de l'évolution du fœtus.

« Mais, en raison du degré d'angustie du bassin, l'un ou l'autre de ces deux modes d'intervention, au cas improbable où il permettrait l'extraction de l'enfant, équivaudrait pour celui-ci, au point de vue du résultat, à une crâniotomie.

« Presque certainement, nous aurions à choisir entre cette dernière opération, ou, si nous ne voulions pas sacrifier l'enfant, entre l'opération césarienne et l'ischio-pubiotomie.

« Or, l'opération césarienne comporte, d'après les plus récentes statistiques, une mortalité maternelle de 15 p. 100 et la symphyséotomie (dont l'ischio-pubiotomie conseillée par Farabeuf, exécutée une fois et avec succès par Pinard, n'est qu'une variante avec un traumatisme opé-

toire plus grand); une mortalité de 11 p. 100 pour les mères et de 20 p. 100 pour les enfants.

« Si nous voyons, d'autre part, que l'accouchement prématuré artificiel, dans le cas de bassins viciés, lorsqu'il est pratiqué au moment d'élection, comporte une mortalité de 0 p. 100 pour les mères et une mortalité de 10 p. 100 pour les enfants ayant atteint le terme de 8 mois, nous estimons qu'il serait de pratique répréhensible de ne pas nous décider pour ce dernier mode d'intervention, du moment où nous pouvons mettre en œuvre une intervention de choix.

« Or notre malade, bien qu'ayant eu ses dernières règles le 1er-2 mars, n'a pas, en réalité, atteint le neuvième mois de sa grossesse. En effet, le fœtus n'offre guère que les dimensions qu'il doit avoir au commencement et non à la fin du huitième mois. D'ailleurs, la femme nous donne des renseignements complémentaires qui confirment cette manière de voir ; la fécondation a eu lieu dans la seconde moitié de mars, et les premiers mouvements actifs du fœtus ont été perçus vers le 15 août. En conséquence, le diamètre bi-ischiatique, mesurant près de 8 centim., nous décidons de la faire accoucher à la fin du huitième mois de sa grossesse, c'est-à-dire au début de décembre, et, à cet effet, nous la faisons passer dans le service de l'Hôtel-Dieu dont nous avons actuellement la direction.

« L'accouchement est provoqué le 4 décembre. La présentation et la position n'ont pas changé depuis le 10 novembre. Bien que reposant sur le détroit supérieur, sans s'y fixer, le sommet fléchi affecte nettement la position. O.I.G.A. qui doit être considérée comme providentielle, puisque la portion large du globe céphalique répond au segment le plus spacieux du bassin. Afin de prévenir tout déplacement de la position, au lieu de recourir d'après notre technique habituelle au ballon Tarnier, nous employons le procédé de Krause; mais dans l'espèce, la précaution a été vaine.

« Deux heures après l'introduction de la sonde, à midi, les premières douleurs apparaissent. Mais, dès le début du travail, la tête tourne sur le détroit supérieur; elle se place d'abord en O.I.G.P. puis elle revient en O.I.G.T. pour s'amorcer au détroit supérieur en cette dernière position.

« Les contractions se suivent énergiques et régulières ; les membranes se rompent à quatre heures, alors que la dilatation du col affecte les dimensions d'une petite paume de main. Le sommet, toujours très fléchi, occupe en ce moment le tiers supérieur de l'excavation. A

8 heures la dilatation est complète, la tête semble arrêtée dans sa progression par la saillie de l'épine sciatique droite sur laquelle le front appuie fortement ; elle s'incline sur son côté tourné en arrière comme pour contourner cet obstacle. A onze heures, l'engagement et l'attitude de la tête ne sont pas modifiés ; les battements du cœur de l'enfant deviennent irréguliers et moins énergiques ; nous nous décidons alors à terminer l'accouchement à l'aide du forceps.

« L'instrument est appliqué en direction légèrement oblique par rapport à la tête ; la branche droite, introduite la seconde, passe avec quelques difficultés entre le front et l'épine sciatique, en exécutant le mouvement de spire. Pour libérer l'extrémité frontale de son contact avec cette saillie osseuse, nous exécutons sur place la rotation artificielle, de façon à ramener le grand axe de la tête dans le grand diamètre oblique du bassin. Au cours de cette manœuvre, le plat de la cuillère glisse, avec un ressaut brusque, sur le sommet de l'épine sciatique. Nous abaissons ensuite la tête sur le plancher périnéal, et nous effectuons alors un second temps de rotation, de manière à amener le sommet dans le petit diamètre oblique du détroit inférieur ; l'occiput se trouve ainsi placé au-dessous de la branche ischio-pubienne la moins développée en hauteur, et nous dégageons la tête en position oblique.

« L'enfant, né en état d'apnée, respire au bout de quelques instants. Il pèse 2,100 gr. Les suites de couches ont été parfaites. L'enfant, nourri artificiellement (coupage de Soxhlet), s'est développé régulièrement ; 40 jours après sa naissance il pesait 2,900 grammes. »

Nous avons dit plus haut qu'il était mort à 5 mois.

Après examen manuel sous le chloroforme, pratiqué le 13 mai, MM. Pinard et Varnier décident d'intervenir à terme par la symphyséotomie. Ce bassin leur paraît en effet appartenir à la catégorie des bassins de Nægele qui sont justiciables de la symphyséotomie et non de l'ischio-pubiotomie.

Le diamètre promonto-sous-pubien mesure en effet 108 millim., ce qui maintient le pubis du côté ankylosé à plus de 9 centim. du promontoire.

L'atrophie de l'aileron sacré du côté droit est incomplète.

Le diamètre bi-ischiatique a au moins 8 centim. ; tel quel, il a permis l'extraction par le forceps d'un enfant de 2,100 gr. vivant et non blessé.

Un écartement pubien de 4 centim. agrandira le bassin d'une quantité largement suffisante pour l'extraction d'un enfant qui paraît devoir être de poids moyen.

Le travail se déclare spontanément le 28 juin 1897, à 11 heures du soir ; la femme est amenée à la salle de travail le 29 à 3 h. 10 du matin.

La dilatation est complète, la poche des eaux est volumineuse sans procidence. Tête en bas non engagée, dos à gauche. Bruits du cœur fœtal normaux.

A 4 h. 15 du matin, pendant une toilette, les membranes se rompent ; il s'écoule une petite quantité de liquide vert. Battements du cœur bons ; la tête se fixe, l'occiput à gauche.

A 5 heures du matin, M. Pinard charge M. Varnier de pratiquer la symphyséotomie. Il pratiquera lui-même l'extraction.

La femme endormie, la toilette faite, M. Varnier commence la symphyséotomie à 5 h. 23. Il cherche et trouve la symphyse sur la ligne ombilico-vulvaire, comme dans les cas ordinaires, et la sectionne sans difficulté à 5 h. 28. L'écartement spontané est de un travers de doigt. Le pubis droit reste naturellement plus élevé que le gauche.

Après avoir augmenté le plus possible (3 centimètres) l'écartement, par l'abduction lentement progressive de la cuisse droite, M. Varnier le porte à 4 centim. à l'aide de l'écarteur de Farabeuf incliné au degré requis par le dénivellement des pubis. Il est 5 h. 35.

A 5 h. 37, M. Pinard introduit la main gauche pour pratiquer la version par manœuvres internes, saisit et abaisse le pied antérieur et se garde d'orienter lui-même le fœtus. La fesse gauche est dégagée à 5 h. 40. Le membre inférieur droit, le bras postérieur, puis l'antérieur sont successivement extraits. La tête s'oriente l'occiput à droite. Elle est dégagée sans difficultés par la manœuvre de Mauriceau. Il est 5 h. 42.

Fille vivante de 3,380 gram. en état d'apnée, rapidement ranimée après désobstruction des voies respiratoires et bain sinapisé.

Longueur 50 centim.

O.M. 135	Bip. 96
O.F. 118	Bit. 78
S.O.B. 92	Circonf. S.O.B. 30
S.O.F. 103	S.O.F. 32

Au dernier temps de l'extraction, il s'est produit à gauche de l'urèthre intact une déchirure de 2 centim. faisant communiquer le vagin avec la plaie opératoire. M. Varnier ferme immédiatement cette déchirure par trois points de suture au catgut.

5 h. 45. Délivrance artificielle par M. Bouffe de Saint-Blaise. Injection intra-utérine. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

6 h. 5 à 6 h. 20. Rapprochement des cuisses. Sutures profondes (2) et superficielles (4) au fil d'argent par M. Varnier.

Le pansement est terminé et la femme transportée dans son lit à 6 h. 22.

Les suites de couches ont été normales. La température maxima, observée le troisième jour, a été de 37°,4.

Réunion par première intention. Les fils sont enlevés le 8 juillet.

L'opérée se lève le 18 juillet.

Sort le 7 septembre avec son enfant.

Le 3 août l'enfant pèse 4,340 gr.

Radiographiée le 19 juillet.

La radiographie confirme de tous points le diagnostic.

Obs. **1389.** — LXXXVIe *symphyséotomie*, pratiquée le 6 août 1897. (M. Baudron.)

Mme Louise K..., primipare, blanchisseuse, 29 ans, entre au dortoir le 17 juillet 1897.

Cette femme a marché à 2 ans et demi, et toujours bien depuis. — Premières règles à 11 ans, toujours régulières. — Fièvre typhoïde à 26 ans.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont eu lieu du 21 au 22 octobre 1896, et les premiers mouvements actifs le 12 mars 1897. Blanchisseuse, elle a travaillé pendant toute la durée de sa grossesse. Elle vient à la consultation le 17 juillet et on la reçoit à la Clinique.

A l'examen, on constate une présentation de l'extrémité céphalique — D. T. — La hauteur de l'utérus mesure 36 centimètres.

Le toucher pratiqué par M. Wallich montre que le promontoire est très élevé, que la face antérieure du sacrum est accessible, que le diamètre P.-S.-P. mesure 10,7, et que le bassin est canaliculé. — Foyer d'auscultation : à droite au-dessous de l'ombilic ; T. 37°,1. — P. 70.

Le squelette, la peau, le cœur et les poumons ne présentent rien de particulier. Il n'y a pas de varices. A noter seulement un peu d'œdème sous-pubien, mais pas d'albumine.

Les premières contractions douloureuses ont lieu le 5 août, vers dix heures du matin. A sept heures et demie du soir, la femme ayant une dilatation de 2 fr., est amenée à la salle de travail. A ce moment, la température est de 37°,1, le pouls bat 70. Les contractions sont longues et répétées. Jusqu'à onze heures du soir, la dilatation ne dépasse guère 2 fr.; mais à partir de ce moment, elle progresse rapidement,

et elle est complète à 1 heure 25 du matin le 6 août. La tête n'étant pas engagée, et la poche des eaux étant volumineuse, on ne rompt les membranes qu'à 1 h. 50 du matin, en ayant soin de maintenir la tête pour l'empêcher de fuir. Il s'écoule une assez grande quantité de liquide opalescent. La tête, bien maintenue, se fixa. Mais, à partir de ce moment, elle ne progressa plus, malgré les efforts de la femme, qui fut bientôt fatiguée, et dont les contractions devinrent de moins en moins énergiques.

A 4 h. 30, grand bain de trois quarts d'heure. A 7 heures, la tête n'ayant pas progressé et les battements du cœur étant excellents, on décide la symphyséotomie.

Symphyséotomie, 6 août 1897. — Chloroforme à 9 h. 28; après les soins préliminaires d'usage, section des téguments et de la symphyse ; écartement provoqué de 6 centimètres. M. Baudron introduit la main dans l'utérus et fait sans aucune difficulté la version par manœuvres internes. Après l'extraction du fœtus, Mlle Roze pratique immédiatement la délivrance artificielle et constate en outre la parfaite intégrité des parois vaginales. Comme il persiste un écoulement sanguin notable, et que l'utérus ne se contracte pas, on fait une injection intra-utérine prolongée.

Suture de la plaie opératoire avec trois fils d'argent profonds et plusieurs fils artificiels. Pansement avec de la poudre et de la gaze iodoformée. — Surjet au catgut d'une déchirure incomplète du périnée. Durée de l'opération : 3 quarts d'heure.

L'enfant, du sexe masculin, naît étonné, mais est facilement ranimé, il pèse 3,480 grammes. Sa longueur est de 50 centimètres, et son diamètre B. P. mesure 9,7. — Le placenta pèse 510 grammes; les membranes, dissociés et déchirées, paraissent complètes.

Suites opératoires. — Malgré quelques légères ascensions thermiques (la température ne dépasse jamais 38°,2) qui se manifestent pendant quelques jours, à partir du 6e jour, les suites sont absolument normales.

Les fils sont enlevés le 8e jour ; la réunion est parfaite. L'état général est excellent, et il y a absolue intégrité des fonctions vésicales et intestinales.

Cette femme sort complètement guérie le 7 septembre 1897. Quant à l'enfant, il a quitté le service le 9 août pour aller en nourrice dans le Loir-et-Cher.

Obs. 1665. — LXXXVIIe *symphyséotomie*, pratiquée le 15 septembre 1897. (M. Bouffe de Saint-Blaise.)

Mme Marie H..., IVpare, ménagère, 34 ans, entrée au dortoir le 2 septembre 1897. Cette femme a marché à 11 mois, toujours bien depuis. Premières règles à 13 ans, régulières. Rougeole à 15 ans.

La première grossesse s'est terminée le 9 décembre 1885 par un accouchement spontané à terme (sommet) : garçon vivant, élevé au sein par une nourrice, actuellement bien portant.

La deuxième grossesse, s'est terminée le 20 novembre 1890 par une application de forceps faite à terme. Garçon vivant et actuellement bien portant.

La troisième grossesse s'est terminée le 30 septembre 1896 par une application de forceps faite à terme. Garçon mort pendant le travail.

Même père pour les trois dernières grossesses.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 26 au 30 novembre 1896. Apparition des mouvements actifs à la fin de mars. Cette femme a toujours travaillé chez elle jusqu'à 8 mois et demi de sa grossesse, époque à laquelle elle vient consulter.

A l'examen, on constate une présentation de l'extrémité céphalique en G.T. Le foyer d'auscultation est à gauche au-dessous de l'ombilic. Le toucher pratiqué par M. Paquy, montre que le bassin est rétréci et que le diamètre P.S.P. mesure 10 centim. 4. Le squelette, la peau, le cœur, les poumons sont normaux. Il n'y a ni œdème, ni albumine, mais des varices sont très développées aux membres inférieurs.

Le début du travail se fait le 14 septembre, à 7 heures du matin. On constate alors que la tête, toujours en G.T., est au détroit supérieur, que le col est incomplètement effacé, mais dilatable comme 5 francs. A ce moment également, les membranes se rompent spontanément, et le liquide amniotique s'écoule normal. Pendant toute la journée, la dilatation marche lentement. A 9 heures du soir elle a une paume de main ; les bords de l'orifice commencent à s'œdématier, et l'examen pratiqué par Mlle Roze démontre que la tête, toujours au détroit supérieur, est fléchie, puisque le doigt atteint les deux fontanelles.

Malgré un bain prolongé, le travail reste stationnaire. La question d'un agrandissement momentané du bassin se pose alors, mais comme la femme s'y refuse, que d'ailleurs le fœtus est en bon état, M. Bouffe décide d'attendre. Le 15 septembre, à 8 heures du matin, il constate que le liquide amniotique commence à se teinter, que les bords de l'orifice sont œdématiés et légèrement revenus sur eux-

mêmes, que la tête défléchie reste au niveau du détroit supérieur, et qu'enfin, malgré une température normale, il y a une accélération notable des pulsations. En présence de cet état de choses, et la femme ayant accepté l'intervention proposée, M. Varnier décide de faire pratiquer la symphyséotomie par M. Bouffe, se réservant pour lui l'extraction du fœtus.

Symphyséotomie, le 15 septembre 1897. — Chloroforme à 9 heures. Incision des téguments pendant laquelle une artère qui saigne est tordue. La section du fibro-cartilage ne donne lieu à aucun incident. Il se produit un écartement spontané de 3 centim. que l'écarteur de Farabeuf porte à 6 centim. M. Varnier, constatant la déflexion incomplète de la tête (variété frontale, occiput à gauche), tente une version par manœuvres internes. Il saisit le pied droit (bon pied), l'amène à la vulve, mais le fœtus ne peut évoluer dans l'utérus rétracté, et la tête reste bloquée à gauche dans le segment inférieur. Il serait dangereux de continuer les tractions ; M. Varnier refoule facilement le pied dans l'utérus, ramène la tête à l'entrée du bassin, et fait une application de forceps en G.T. La tête s'engage difficilement, et bientôt il constate qu'il n'existe ni flexion, ni déflexion, et que la tête est toujours en présentation frontale. Il desserre donc la vis d'articulation, et sans enlever l'instrument, il reporte les becs vers l'occiput pour déterminer la flexion. La tête se fléchit alors, et la rotation se fait aisément ; l'extraction est terminée à 9 h. 22 (déformation caractéristique photographiée).

La délivrance naturelle par expression est faite dix minutes après l'extraction et suivie d'une injection intra-utérine de 10 litres. Suture de la plaie opératoire (trois points profonds et quatre superficiels). Pansement. L'enfant, du sexe masculin, naît étonné, mais est ranimé après désobstruction (glaviot de près de 10 centim. moulé), et crie dix minutes après. Il pèse 3,000 gr. Son diamètre B.P. mesure 9 centim. 1. Le placenta, de forme discoïde, pèse 575 gram. La mensuration des membranes donne 32.

Suites opératoires. — Normales jusqu'au septième jour. Le septième jour, T. vespérale : 38°,6. P. 100. Les dixième et onzième jours, T. vespérale : 38°,2 et 38°. P. 100. Cette légère élévation thermique est due à l'oubli dans le vagin de la moitié du tamponnement.

Ablation des fils le dixième jour. Réunion parfaite. On enlève l'appareil le treizième jour. A partir de ce moment, suites absolument normales.

L'enfant part bien portant en nourrice le cinquième jour, et la mère complètement guérie, quitte la clinique le 13 novembre.

Obs. 1993. — LXXXVIIIe *symphyséotomie*, pratiquée le 7 novembre 1897.
(M. Pinard.)

Mme C..., XIpare, blanchisseuse, 36 ans, est envoyée à Baudelocque le 7 novembre 1897 par le Dr Gresset, qui mentionne que « Mme C... est en travail depuis vingt-quatre heures, et que son cas lui paraît nécessiter, en raison du rétrécissement du bassin, une intervention ».

Cette femme a marché à trois ans, a toujours bien marché depuis. Réglée à 13 ans, régulièrement. Scarlatine à 28 ans. Il ne paraît pas y avoir eu de néphrite consécutive.

1re grossesse (1882) terminée à 8 mois. Fille vivante, pesant à la naissance 3,500 gr., élevée au sein maternel; actuellement: strabisme léger, n'a jamais uriné au lit. — La colonne vertébrale présente une cyphose cervico-dorsale et une scoliose droite étendue de la 7e dorsale à la 1re lombaire. — Le bassin est incliné du côté gauche; l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche est à 2 centimètres au-dessous d'une ligne horizontale passant par l'épine iliaque antérieure et supérieure droite. — Le pli fessier gauche est abaissé de presque deux travers de doigt. — Les réflexes patellaires sont diminués.

2e grossesse (1883). Accouchement à terme. Garçon.

3e grossesse (?). Accouchement à 7 mois. Garçon.

4e grossesse (?). Accouchement à terme. Fille.

5e grossesse (?). Accouchement à terme. Garçon.

6e grossesse (?). Accouchement à terme. Fille.

Tous ces enfants sont morts pendant le travail.

7e grossesse (?). Accouchement à 8 mois. Fille vivante (poids ?), élevée au sein maternel. Actuellement ne présente rien d'anormal.

8e grossesse (?). Accouchemcnt à 7 mois. Fille vivante, élevée au sein maternel. Actuellement vivante.

9e grossesse (?). Accouchement à terme. Fille mort-née.

10e grossesse (?). Accouchement à terme. Fille vivante (Poids ?), élevée au sein maternel. Actuellement bien portante, mais présente un léger strabisme.

Père différent pour la 1re grossesse. Les dix autres sont du même père.

Tous ces accouchements ont eu lieu à Cochin. Tous se sont terminés par des applications de forceps, et tous les accouchements prématurés ont été provoqués.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 2 au 5 février 1897. Apparition des mouvements actifs à 5 mois. Cette femme a continué de tra-

vailler pendant sa grossesse. Elle est entrée en travail le 6 novembre à 2 heures du matin. A 5 heures, rupture spontanée des membranes. Une sage-femme, appelée, voyant que l'accouchement ne paraît pas devoir se terminer spontanément, demande à son tour le Dr Gresset, qui fait diriger la parturiente sur Baudelocque dans les conditions déjà indiquées.

A son entrée dans le service, le 7 novembre, à 2 h. 45 du matin, Mlle Roze constate une présentation de l'extrémité céphalique en D. T. Le col est long, dilatable. Le diamètre P.S.P. mesure 10 cent. L'enfant est vivant, et le foyer d'auscultation est à droite au-dessous de l'ombilic. L'examen général fait constater ce qui suit :

Taille : 1m,35. — État du squelette : tibias incurvés, à courbure postérieure. Traces de nouures anciennes au niveau des articulations. Chapelet sternal, les côtes sont proéminentes, le sternum est légèrement rejeté en dedans. Bosses frontales très développées. Il en est de même des bosses pariétales. Maxillaire inférieur aplati. Projection en dehors du rebord alvéolaire, tandis que celui du maxillaire supérieur est rejeté en dedans. Dents irrégulièrement implantées et inégales. Pas d'asymétrie faciale. Pas de déviation du rachis. Bien qu'il n'existe pas d'ensellure exagérée, il faut noter cependant que la paroi abdominale est projetée en avant par suite de l'antéversion de l'utérus.

La peau, le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal. Il n'y a pas d'œdème, pas de varices. On n'a pu obtenir d'urine à l'entrée dans le service.

Le 7 au matin, le dilatation est de 5 francs. Le liquide amniotique est vert, mais les bruits du cœur sont bons. La température est de 37°, le pouls 108.

A son arrivée dans le service, M. Pinard mesure le bassin (9 cent. 5) et trouve dans l'état général les indications de la symphyséotomie.

Symphyséotomie, le 7 novembre 1897. — Chloroforme à 10 h. 30. Soins préliminaires d'usage. Le cathétérisme vésical permet de recueillir quelques centimètres cubes d'urine très épaisse, fortement colorée, mais ne contenant pas d'albumine. Incision des téguments et de la symphyse à 10 h. 45. Il se produit un écartement spontané que l'on porte à 6 centim. à l'aide de l'écarteur Farabeuf. M. Pinard fait ensuite une application de forceps en D. T., mais l'extraction menaçant d'être longue et pénible, l'écartement provoqué est porté à 6 centim. et demi. Pendant ces manœuvres, la lèvre antérieure de l'orifice, œdématiée, apparait à la vulve, et on est obligé de la repousser avec les doigts.

A 11 h. 5, l'extraction du fœtus est terminée, et la délivrance artificielle, pratiquée immédiatement par Mlle Roze, est suivie d'une injection de 20 gr. de sérum de Marmorek.

Le cathétérisme de la vessie donne encore quelques gouttes de cette urine épaisse et colorée. En raison des difficultés particulières de l'extraction, on fait dans la vessie une injection d'eau boriquée, laquelle ne décèle aucune trace de l'existence d'une fistule vésicale.

Suture de la plaie à l'aide de trois fils d'argent profonds et de quatre superficiels. Pansement iodoformé.

L'opération a duré trois quarts d'heure.

L'enfant, du sexe masculin, naît étonné, mais bientôt respire très facilement. Il présente une bosse séro-sanguine volumineuse, et sur la région antérieure du pariétal droit, à 17 millim. en dedans de la suture sagittale, une empreinte très profondément marquée due à la saillie du promontoire. Son poids est de 3,250 gr. Son diamètre B.P. mesure 10 centim. (M. Varnier).

Le placenta pèse 680 gr. Les membranes, complètes, présentent un cotylédon absolument blanc et mesurent 35,4.

Suites opératoires. — Absolument normales. La température reste constamment à 37° et l'état général est excellent.

Le quatrième jour on enlève le tamponnement vaginal, le huitième jour les fils, et la réunion est parfaite.

Quant à l'enfant, nourri à peu près exclusivement par sa mère, son accroissement de poids a été parfaitement régulier, puisque, à sa sortie, il pesait 4,020 gr.

La mère et l'enfant ont quitté le service le 1er décembre, tous deux en parfait état.

Obs. **2163**. — LXXXIXe *symphyséotomie*, pratiquée le 7 décembre 1897. (M. Pinard.)

Mme Anna B..., 33 ans, IIIpare, verrière, entre au dortoir le 21 septembre 1887.

Cette femme a marché à 2 ans ; toujours bien depuis. Premières règles à 18 ans, irrégulières. — Fièvre typhoïde à 14 ans. Rhumatisme articulaire aigu à 23 ans.

La première grossesse s'est terminée le 3 octobre 1889, par un accouchement à terme (sommet). Forceps à la Maternité. Fille vivante élevée au biberon. Morte de convulsions le 23e jour (avait les marques du forceps).

La deuxième s'est terminée le 6 octobre 1892, par un accouchement à terme. (*Symphyséotomie* pratiquée à la Clinique Baudelocque.)

Père différent pour la grossesse actuelle.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 20 au 24 février 1897. Apparition des mouvements actifs le 10 juillet 1897. A travaillé jusqu'à 7 mois et demi de sa grossesse. A cette époque, elle vient à la consultation, et, comme elle a un bassin rétréci et que la symphyse est mobile, on la reçoit le 21 septembre 1897.

L'examen pratiqué à l'entrée montre une présentation du siège transformée spontanément le 5 novembre en une présentation de l'extrémité céphalique en droite transversale. Le fœtus est vivant. L'auscultation a son maximum à droite au-dessous de l'ombilic. Par le toucher, ou trouve un diamètre promonto-sous-pubien de 10 centimètres.

L'examen général montre que les membres inférieurs sont incurvés et les bosses frontales saillantes ; la peau, le cœur et les poumons sont normaux ; il n'y a pas d'œdème ni de varices; pas d'albumine dans les urines.

Le 7 décembre, à 11 heures du matin, la femme ayant les premières douleurs depuis 9 heures, l'examen démontre que la tête est dans l'hypochondre droite et le siège à cheval sur l'aire du détroit supérieur et la fosse iliaque gauche. La version par manœuvres externes permet de ramener au niveau du détroit supérieur le dos à droite. A ce moment, la dilatation a le diamètre d'une pièce de 5 francs, les contractions douloureuses se répètent toutes les 3 ou 4 minutes Les bruits du cœur fœtal sont bons. — Ceinture eutocique.

A 1 h. 50 du soir la dilatation est complète. Mlle Roze rompt les membranes et réduit avec la main une procidence du cordon ; la tête se fixe. Malgré les efforts d'expulsion, la tête ne descend pas. M. Pinard décide de pratiquer la symphyséotomie.

Symphyséotomie (le 7 décembre 1897). — Chloroforme. Région opératoire et vagin soigneusement aseptisés. Incision de la peau sur une étendue de 5 centimètres et un peu à gauche de la première cicatrice. Les tissus inter-symphysiens sont sectionnés au bistouri sur le doigt. L'écartement est porté à 5 centimètres seulement. L'écarteur de Farabeuf n'est pas placé en raison de la hernie de la vessie entre les branches du pubis. A 5 h. 20, M. Pinard fait une application de forceps en G. T. Pendant l'extraction, qui est conduite lentement et sans efforts, M. Paquy repousse la lèvre antérieure du col qui bride, comme un croissant, la branche du forceps. Malgré ces précautions, les tissus cicatriciels vestibulaires se déchirent et quatre branches impor-

tantes des artères vésicales antérieures saignent abondamment. Ligature de ces artères au catgut. On s'assure de l'intégrité de la vessie et de l'urèthre. Celui-ci, complètement détaché du vestibule, est suturé par six points de catgut. Sutures de la plaie opératoire à l'aide de deux fils d'argent profonds et trois superficiels. Délivrance par expression immédiatement après l'extraction.

L'enfant, né étonné et rapidement ranimé, pèse 3,825 grammes. Diamètre bi-pariétal 10. Placenta pèse 700 grammes.

Suites. — Actuellement cette femme va très bien. La température est normale. Les fonctions vésicales et intestinales sont régulières. L'état général est excellent.

Il résulte de ces observations :

1° Que l'agrandissement momentané du bassin par symphyséotomie a été pratiqué du 7 décembre 1896 au 7 décembre 1897 :

2 fois chez des primipares ;

5 fois chez des multipares.

Chez l'une de ces dernières, la symphyséotomie a été pratiquée pour la 2e fois.

2° Que dans les 7 cas, l'enfant présentait la tête au niveau du détroit supérieur ;

3° Que la symphyséotomie a été pratiquée :

6 fois sur des bassins viciés par le rachitisme ;

1 fois sur un bassin oblique ovalaire ;

4° Que l'extraction de l'enfant a eu lieu après agrandissement du bassin :

3 fois à l'aide d'un forceps ;

4 fois à l'aide de la version.

Résultat final de ces 7 symphyséotomies :

6 femmes vivantes, 1 femme morte.

7 enfants vivants.

Mortalité maternelle.

La femme qui a succombé (obs. 87, 83e symphyséotomie) était une primipare à terme et profondément albuminurique.

L'observation a été publiée déjà in extenso par M. Varnier dans son rapport au Congrès de Moscou (1).

Opérée le 13 janvier, cette femme mourait quatorze jours après, le 27 janvier.

L'autopsie a démontré que la plaie opératoire réunie en apparence par première intention était infectée profondément.

Voici la note bactériologique remise par M. Marmorek.

« *Péritoine.* — Coli pur.

« *Plaie.* — Streptocoques et staphylocoques, coli-bacille anaérobies (par le Gram).

« *Utérus.* — Coli, streptocoques, deux sortes de bacilles anaérobies (un gros long et un petit).

« *Sang du cœur.* — Rien.

Cet exposé fait, je dois rechercher :

1° *Quels accidents et complications se sont produits chez nos opérées, soit au moment de l'opération, soit depuis ?*

2° *Quel est à l'heure actuelle l'état de nos opérées ?*

3° *Ce que nous a enseigné cette sixième année d'apprentissage ?*

La lecture du résumé des observations fournit la réponse à la première question. Aucune hémorrhagie sérieuse n'a été observée, aucune difficulté opératoire n'a été rencontrée, pas plus cette année que les années précédentes. Et je répète ce que je disais les années précédentes : dans tous les cas, opération facile exempte de tout accident ou de toute complication en tant que suture de la symphyse et agrandissement momentané du bassin.

Mais j'appelle l'attention sur l'observation 2163 (89e symphyséotomie). Cette femme avait été déjà symphyséotomisée par moi le 6 octobre 1892 en présence de mon vénéré collègue le professeur Krassowsky. Ainsi que je l'ai dit dans ma leçon du 7 décembre 1892 (2), j'avais reconnu chez elle, après l'extraction de l'enfant, une petite déchirure vestibulo-vaginale communiquant

(1) Voyez *Annales de gynécologie*, t. XLVIII, p. 214.

(2) Voyez *De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1892*, p. 29.

avec la plaie opératoire. Bien que cette déchirure guérît rapidement par première intention, je redoutais pour la 2e symphyséotomie le défaut d'élasticité au niveau du tissu cicatriciel lors de l'écartement des pubis et de l'extraction de l'enfant, et je résolus d'opérer l'écartement des pubis et d'extraire le fœtus avec toute la lenteur possible. Il ne se produisit aucune lésion pendant l'écartement des pubis, écartement provoqué de 6 centimètres, — mais au moment du passage de la tête saisie régulièrement à l'aide du forceps, et malgré la lenteur d'extraction, un doigt que j'avais fait placer au niveau de la partie inférieure de la plaie la sentit céder et bientôt une déchirure se produisit faisant communiquer la plaie opératoire avec le vagin. Après l'extraction, nous vîmes l'urèthre *non déchiré* contenu dans le bord droit de la solution de continuité plus étendue que lors de la première intervention. La plaie fut suturée et aujourd'hui cette femme, qui a uriné spontanément, est en aussi bon état que possible (1).

Nous avons donc échappé, pour cette fois, à une lésion de l'urèthre et de la vessie. Mais si cette femme redevient enceinte et qu'on soit obligé d'intervenir, ce qui est probable, redoutant en raison du tissu cicatriciel une lésion de l'urèthre et de la vessie, lors d'une nouvelle symphyséotomie, je pratiquerai l'opération césarienne au lieu de l'agrandissement momentané du bassin.

C'est la première fois que ces conditions ont été rencontrées dans les symphyséotomies déjà nombreuses pratiquées pour la deuxième fois, par mes collaborateurs ou par moi. Mais j'ai tenu à signaler le fait, car nous voyons apparaître une indication possible d'opération césarienne quand on se trouvera en présence d'une femme ne pouvant accoucher par suite du rétrécissement de son bassin, et chez laquelle lors d'une symphyséotomie antérieure on aura constaté une déchirure étendue des parties molles.

(1) Les suites furent absolument apyrétiques et l'opérée se levait le 16e jour. Mais la station debout révéla un certain degré d'incontinence d'urine, qui n'avait pas paru pendant le séjour au lit. Cette incontinence s'atténue chaque jour, et nous avons lieu d'espérer qu'elle disparaîtra et que nous ne serons pas obligés d'intervenir pour remédier à cet état de choses.

Tel est le bilan des accidents et complications observés, soit au moment de l'accouchement, soit après, dans les sept cas d'agrandissement du bassin.

Quel est à l'heure actuelle l'état de nos opérées ?

Celles que nous venons de voir, les unes opérées pendant l'année 1892, les autres opérées plus récemment, et toutes en parfait état, répondent à cette question aujourd'hui définivement jugée.

Que nous a enseigné cette sixième année d'études et d'observations ?

Cette année a été particulièrement fertile en enseignement, non seulement en raison de ce qui s'est passé ici à cette clinique, mais en raison aussi de ce qui s'est produit ailleurs. Je m'explique.

Ici, nous avons pratiqué moins de symphyséotomies que les années précédentes, le hasard seul en a été la cause. C'est à dire que, pour nous, les indications restant absolument les mêmes, elles se sont présentées moins nombreuses que les années précédentes.

Nous n'avons rien observé qui pût modifier notre manière de faire, au point de vue du manuel opératoire.

Cependant, d'après ce que j'ai vu, aussi bien cette année que les années précédentes, je crois que s'il est bon dans la pluralité des cas de continuer à suturer et à fermer complètement et immédiatement la plaie symphysienne, de manière à obtenir une réunion par première intention, il est préférable, dans les cas où la plaie n'est pas nette et surtout parfaitement asséchée, de pratiquer le drainage.

Et cela aussi bien pour éviter l'infection de la plaie que l'hématome rétro-symphysien qui, consécutivement, peut se produire.

C'est ainsi que je procéderai à l'avenir.

Voilà pour la partie opératoire proprement dite de l'agrandissement momentané du bassin.

Je disais l'année dernière en terminant ma leçon (1) : « Je

(1) Voir *De la symphyséotomie à la Clinique Baudelocque* du 7 décembre 1895 au 7 décembre 1896, p. 24.

pense que chez une femme justiciable de la symphyséotomie et dont l'utérus serait infecté, il serait peut-être préférable de pratiquer la gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale, plutôt que l'agrandissement momentané du bassin. L'avenir dira si en pensant ainsi je suis dans le vrai. »

Je n'ai pas eu l'occasion de pratiquer la gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale sur une femme ayant l'utérus infecté, mais j'ai pratiqué cette opération avec la collaboration de mon collègue Segond sur deux femmes ayant des viciations pelviennes telles, que les bassins n'étaient justiciables d'aucune pelvitomie.

La première opération fut suivie d'un plein succès. Je communiquai l'observation à l'Académie de médecine le 19 janvier 1897) (1) et je terminais ainsi cette relation : « Partisan jusqu'alors de l'opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique, excellente opération qui m'a donné de très bons résultats, et encore dans deux cas l'année dernière, j'ai modifié ma manière de faire, non pas seulement parce que l'absence de moignon rend les suites opératoires beaucoup plus courtes, mais encore, et surtout, parce que cette nouvelle opération pourra, à mon avis, permettre de pratiquer avec succès l'opération césarienne dans les cas d'utérus infectés, ce que n'osaient pas faire et ne faisaient pas, jusqu'à présent, les césariens les plus résolus. Dans les cas de rétrécissement du bassin, alors que des manœuvres infructueuses avaient été faites dans l'utérus, que des symptômes pouvaient faire croire à un début d'infection et que l'enfant était vivant, beaucoup d'accoucheurs préféraient tuer l'enfant et le broyer plutôt que de pratiquer l'opération césarienne.

Il me semble que la gastro-hystérotomie suivie de l'hystérectomie totale, doit faire disparaître du seul petit terrain où on pouvait la discuter encore, l'embryotomie sur l'enfant vivant. »

La deuxième opération nous donna un décès (2). Ces deux opérations avec des résultats si différents ne peuvent et ne doivent

---

(1) Voir *Bulletin de l'Académie*, p. 47 et suivantes.

(2) Voir *Fonctionnement de la Clinique Baudelocque pendant l'année* 1897.

entraîner aucune conviction, je le reconnais. Mais je reste sur mes positions, attendant des faits plus nombreux l'indication d'une orientation définitive pour ces cas heureusement très rares.

Tel est le bilan de ce qui s'est passé à la Clinique Baudelocque pendant l'année 1897.

Mais il s'est produit ailleurs un fait d'une importance capitale concernant l'histoire de la symphyséotomie et auquel du reste, comme vous allez le voir, la Clinique Baudelocque prit une part considérable.

J'entends parler du Congrès de Moscou, de cette grande réunion d'accoucheurs où fut discutée la symphyséotomie. Que se passa-t-il là du 19 au 26 août 1897, dans la section Obstétrique et Gynécologie?

J'entendis le rapport de Varnier et le rapport de Zweifel, les observations de Küstner; vous pouvez lire ces travaux (1), vous verrez comme moi, que si la symphyséotomie a été magistralement étudiée et exposée par ces auteurs, elle n'a été attaquée par personne. Les conclusions de Varnier cependant, connues de tous à l'avance, n'ont été le sujet d'aucune objection et son rapport si complet et si net est resté intact.

Que pouvions-nous désirer de plus?

A l'heure actuelle, je puis l'affirmer, et ce n'est point sans une immense satisfaction, si les accoucheurs discutent encore sur les indications de la symphyséotomie, de l'opération césarienne et de l'accouchement prématuré, dans la thérapeutique des viciations pelviennes, il n'en est aucun qui préconise la mort de l'enfant. Je puis donc répéter : *L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécu.*

Et s'il en est encore qui ont recours à cette pratique que je ne veux pas qualifier, ils agissent dans l'ombre et se jugent eux-mêmes en n'ayant pas le courage de le dire.

Je termine en vous exposant le tableau de tous les rétrécissements du bassin reconnus du 7 décembre 1896 au 7 décembre 1897 qui nous donne le résumé ci-dessous :

---

(1) In *Annales de gynécologie*, t. XLVIII, p. 189 à 285.

Nombre total de rétrécissements du bassin du 7 décembre 1896 au 7 décembre 1897.

Femmes... 97 { Femmes sorties bien portantes....... 93
Femmes mortes.................... 4

Enfants sortis bien portants.......................... 86
— mort-nés.................................. 8
— macéré.................................... 1
— morts après la naissance.................... 2

Accouchements spontanés : 77.

Accouchements artificiels : 20 {
7 symphyséotomies.... { 6 femmes vivantes. 1 femme morte.
1 opération césarienne suivie de l'amputation utéro-ovarique (Porro).
2 gastro-hystérectomies. { 1 femme vivante. 1 femme morte.
3 applications de forceps. { 1 femme vivante. 2 enfants vivants.
1 version par manœuvres internes.
6 basiotripsies sur enfants morts.

4 femmes ayant été symphyséotomisées ont accouché spontanément.

Femmes mortes.

1 femme symphyséotomisée (n° 87), grande albuminurique.
1 femme, gastro-hystérectomie (n° 180), grande albuminurique. Tumeur fibreuse.
1 femme, acc. spontané (n° 558), amenée du dehors infectée.
1 femme, forceps (n° 1414), éclamptique.

Enfants morts.

1 (271). Basiotripsie. Enfant mort à l'entrée dans le service.
2 (282). Basiotripsie. Enfant mort à l'entrée dans le service.

(Lire la suite page 290.)

N° D'ORDRE	N° DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	*Multipares* ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Multipares* ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipares* ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Primipares* ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS
								DÉCEMBRE
1	2148	*Déc.*	13	1er accouch. sp. à terme. Enf. mort 2 j. après. 2e accouch sp. à terme.	1 h.	»	»	»
2	2167	Id.	15	»	»	»	1 h.	»
3	2175	Id.	16	»	»	»	»	Gastrohystérotomie suivie d'hyst. totale.
								ANNÉE
4	44	*Janv.*	7	1 accouch. sp. à terme. Enf. mort après quelques inspirations.	1 h.	»	»	»
5	72	Id.	11	»	»	»	1 h.	»
6	79	Id.	12	1er acc. forceps. Enf. viv. 2e acc. forceps. Enf viv. 3e gross. gémell. 1er enf sp. 2e levier. 4e sp. à terme. Enf. viv. Fille.	1 h.	»	»	»
7	87	Id.	13	»	»	»	»	Symphyséot.
8	124	Id.	20	»	»	»	1 h.	»
9	140	Id.	22	1er acc. sp. à terme. Enf. viv. 2e acc. sp. à terme. Enf. mort-né.	1 h.	»	»	»
10	180	Id.	28	»	»	»	»	Gastrohystérotomie suivie d'hyst. totale.
11	201	*Fév.*	2	»	»	»	1 h.	»
12	228	Id.	5	1 acc. sp. à terme. Garçon vivant.	1 h.	»	»	»
13	238	Id.	6	1 acc. sp. à terme. Enf. vivant.	1 h.	»	»	»
14	271	Id.	13	1er acc. siège. Viv. 2e siège. Viv. 4e forceps. Mort pend. le travail. 5e siège. Mort pend. le travail. 6e siège. Mort pend. le travail. — Tous ces acc. ont eu lieu à la Maternité.	»	Basiotripsie tête dernière sur enfant mort.	»	»
15	280	Id.	14	»	»	»	1 h.	»
16	282	Id.	14	1 acc. forceps. Enf. ?	»	Version. Basiotripsie sur la tête dernière. Enf. mort.	»	»
17	309	Id.	18	1er acc prémat. à 8 mois. Fille viv. 2e à terme. Fille viv. 3e à terme. Garçon mort à 22 mois de convulsions.	1 h.	»	»	»
18	328	Id.	21	1er acc. sp. Fille viv. 2e acc. sp. Garçon viv. 4e acc. gross. gémell. sp. 5e acc. sp. à terme. Fille viv.	»	Version.	»	»
19	343	Id.	23	1er acc. sp. Garçon viv. 2e Garçon viv. sp. à terme.	1 h.	»	»	»
20	423	*Mars*	8	1 acc. sp. à terme. Forceps. Fille morte pendant le travail.	»	*Symphys.* Version.	»	»
21	428	Id.	9	»	»	»	»	Basiotripsie sur enfant mort.
22	454	Id.	14	1er acc. sp. à terme. Fille viv. 2e acc. sp. à terme. Fille.	1 h.	»	»	»

VICIATIONS PELVIENNES	DIAMÈTRE PROM. S. PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	POIDS DE L'ENFANT à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	ÉTAT A LA SORTIE de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
1896									
B. canaliculé.	10.4	8.5	2960	3260	Bon.	Bon.	25 déc. 1896.	F.	F. du dehors.
»	accessible.	9.9	3200	3350	Id.	Id.	24 »	F.	F. du dortoir.
Bassin asymétrique.	7.8	10.1	3600	3900	Id.	Id.	28 janv. 1897	G.	F. du dortoir.
1897									
»	accessible.	9.2	2620	2530	Bon.	Bon.	19 janvier.	G.	F. du dortoir.
Bassin annelé.	10.3	9.5	3100	3130	Id.	Id.	20 janvier.	G.	F. du dortoir.
B. canaliculé.	10.7	9.5	3220	3270	Id.	Id.	20 janvier.	G	F. du dehors.
»	10.4	9.8	3500	3350	Morte le 26 janv.	Id.	»	G.	F. du dehors, grande albuminurique non soignée pendant la grossesse.
»	10.9	9.7	3230	3550	Bon.	Id.	4 février	G.	F. du dortoir.
»	10.7	9.2	3600	3380	Id.	Id.	31 janvier.	G.	F. du dehors.
»	8.2	9.6	2850	2670	Morte le 30 janv.	Id.	»	F.	F. de 41 ans du dehors. Albuminurique. Utérus fibromateux.
Coxalgie droite.	»	9.6	3650	3660	Bon.	Id.	10 février	F.	F. du dehors.
»	9.6	9.4	3400	3670	Id.	Id.	13 février.	G.	F. du dehors.
»	10.3	9.5	3900	3900	Id.	Id.	Id.	G.	F. du dehors.
»	10.5	9.5	3900 sans subst. céréb.	»	Id.	Mort-né.	25 février.	G.	F. du dehors.
»	10.4	9	3240	3400	Id.	Bon.	25 Id.	G.	F. du dehors.
»	11.2? Fibrome de la paroi post.	»	2650 sans subst. céréb.	»	Id.	Mort-né.	7 mars..	G.	F. du dehors. Utérus fibrom. Fibrome de la paroi postér.
Coxalgie droite.	»	9.5	3700	3890	Id.	Bon.	26 février.	F.	F. du dehors
»	11	9.2	2500	2850	Id.	Id.	6 mars..	F.	F. du dehors.
»	10	8.9	2950	3200	Id.	Id.	6 mars..	F.	F. du dehors.
»	10	10 1	4070	3880	Id.	Id.	6 Avril..	G.	F. du dortoir.
»	10.5	?	?	?	Id.	Mort.	23 mars..	F.	F. du dehors, Mort du fœtus avant la dilatation complète.
»	11	10	3980	3710	Id.	Bon.	21 mars..	G.	F. du dehors.

N° D'ORDRE	N° DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	Multipares — ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	Multipares — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	Multipares — ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	Primipares — ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	Primipares — ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS
23	506	*Mars.*	21	»	»	»	1 h.	»
24	512	Id.	21	»	»	»	1 h.	»
25	537	Id.	26	1er acc. sp. à terme. Garçon mort après 24 h. 2e sp. à terme Fille viv. 3e macéré. 4e sp à terme. Fille viv. 5e macéré. 6e sp. à terme. Garçon viv. 7e sp à terme. Garçon viv. 8e sp. à terme. Fille viv. 9e sp. à terme. Fille viv.	1 h.	»	»	»
26	545	Id.	27	1er acc. sp. à terme. Fille viv. 2e à 7 mois. 3e sp. à 8 mois 1/2. Viv. 4e sp. à terme. Viv.	1 h.	»	»	»
27	558	Id.	30	»	»	»	1 h.	»
28	573	*Avril.*	2	1 acc. travail. Enf. viv. Garçon.	1 h.	»	»	»
29	589	Id.	3	1 acc. sp. Fille viv.	1 h.	»	»	»
30	660	Id.	15	1er acc. prém. Enf. mort. 2e acc. à terme, symphysét. pratiquée à la maternité de Tenon par M. Champetier de Ribes. Enf. viv.	1 h.	»	»	»
31	663	Id.	15	»	»	»	»	*Porro* (amputation utéro-ovarique.
32	682	Id.	18	1er acc. sp. à terme. Fille viv. 2e acc. sp. à terme. Fille morte à 9 mois. 3e acc. sp à terme. Fille. viv.	1 h.	»	»	»
33	696	Id.	20	1 acc. sp. à terme. Fille viv.	1 h.	»	»	»
34	698	Id.	20	1 acc. à terme. Forceps en ville, fille viv.	1 h.	»	»	»
35	723	Id.	24	1er acc. sp. à terme. Fille viv. 2e sp. à terme. Garçon.	1 h.	»	»	»
36	728	Id.	25	1er acc. prém. sujet mort 6 j. après naiss. 2e avort. 3e acc. sp. à terme. Fille viv. 4e acc. sp. à terme. Fille vivante.	1 h.	»	»	»
37	751	Id.	28	5e acc. à terme. 5 forceps. 5 enfants mort-nés. 6e acc. 7e symph. (Maternité, Guéniot). Enf. viv.	1 h.	»	»	»
38	826	*Mai.*	10	1 acc. à terme. Forceps. Tête dernière. Enf. mort-né	»	»	»	»
39	851	Id.	15	»	»	»	1 h.	»
40	853	Id.	15	»	»	»	1 h.	»
41	854	Id.	15	1er acc. sp. à terme. Enf. viv. Fille. 2e symphyséotomie. (Obs. 705, 1895). G. 3770.	1 h.	»	»	»
42	863	Id.	18	1 accouch. spont. à terme. Enf. viv. Fille.	1 siège.	»	»	»
43	878	Id.	19	»	»	»	1 h.	»
44	879	Id.	19	1 acc. sp. Enf. viv. Fille.	1 h.	»	»	»
45	946	Id.	30	»	»	»	1 h.	»
46	960	Id.	31	1 acc. sp. Enf. viv.	»	Forceps.	»	»

VICIATIONS PELVIENNES	DIAMÈTRE PROM. P. SUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
»	11.	9.3	3000	2900	Bon.	Bon.	21 mars. .	F.	F. du dortoir.
»	11.	9.7	3400	3400	Id.	Id.	30 »	G.	F. du dortoir.
»	10 6	9.4	3170	3270	Id.	Id.	31 »	G.	F. du dehors.
»	10.5	8.2	2100	1940	Id.	Id.	6 avril...	F.	F. du dehors.
»	10.1	9.	3230	3090	Morte le 4 avril.	Id.	7 »	G.	F. du dehors arrivée en travail après avoir été examinée en ville. F. infectée.
»	10.2	8.8	3620	3340	Bon.	Id.	12 »	F.	F. du dortoir.
»	10.8	9.4	3030	3500	Id.	Id.	17 »	F.	F. du dortoir.
»	10.5	9.6	2440	2370	Id.	Id.	25 »	F.	F. du dehors.
B. asymétrique à viciation complète.	»	10.4	3370	4215	Id.	[Id.]	29 mai...	G.	F. du dortoir.
»	10.5	10.	3220	3020	Id.	Id.	28 avril..	G.	F. du dehors.
»	9.6	8.5	2520	2600	Id,	Id.	23 »	G	F. du dehors.
»	10.7	8.5	2950	3100	Id.	Id.	1er mai..	G.	F. du dehors.
»	10.9	9.	2200	2330	Id.	Id.	1er »	G.	F. du dehors.
»	10.5	9.7	3470	3520	Id.	Id.	5 »	F.	F. du dehors.
»	9.1	9.5	2500	3000	Id.	Id.	7 »	G.	F du dortoir.
»	10.8	9.4	3420	»	Id.	Mort-né.	20 »	G.	F. du dehors.
»	10.6	9.3	3500	3720	Id.	Bon.	23 »	G.	F. du dehors.
»	10.5	8.6	3500	3750	Id.	Id.	25 »	G.	F. du dehors.
»	10.8	9.2	3220	3250	Id.	Id.	24 »	F.	F. du dortoir.
»	Coxalgique.	9.5	2960	3150	Id.	Id.	3 juin...	F.	F. du dortoir.
»	10.7	8.9	2200	2410	Id.	Id.	29 mai...	F.	F. du dortoir.
»	P. accessible	8.6	2950	2600	Id.	Id.	28 »	F.	F. du dehors.
»	Asym. rach.	9.7	3270	3430	Id.	Id.	8 juin...	G.	F. du dortoir.
»	10.8	9.0	3550	3850	Id.	Id.	10 »	G.	F. du dehors.

N° D'ORDRE	N° DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	*Multipares* ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	*Multipares* ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Multipares* ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	*Primipares* ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	*Primipares* ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS
47	972	*Juin.*	2	»	»	»	1 h.	»
48	1024	Id.	10	»	»	»	»	»
49	1073	Id.	19	1 acc. sp. à terme. Garçon viv.	1 h.	»	»	»
50	1139	Id.	29	1 acc. pratiqué à 8 mois par M. Bonnaire.	»	Simph version	»	»
51	1137	Id.	30	Ier acc. sp. à terme. Enf. viv. 2e acc. sp. à terme. Enf. viv.	1 h.	»	»	»
52	1181	*Juill.*	6	1er acc. Forceps. Enf. viv. 2e forceps. Enf. viv. 3e forceps. Garçon viv.	1 h.	»	»	»
53	1188	Id.	8	1 acc. sp. à terme. Enf. viv.	1 h.	»	»	»
54	1201	Id.	10	1er acc. sp. à terme. Enf. v. 2e acc. sp. viv.	1 h.	»	»	»
55	1221	Id.	13	»	»	»	1 h.	»
56	1254	Id.	17	1er acc. sp. à terme. Enf. viv. 2 sp. à terme. Enf. viv.	1 h	»	»	»
57	1256	Id.	18	1er acc. à terme Enf. viv. 2e à terme. sp Enf. viv. 3e gross. gémellaire. 4e avort. 5e à terme. Enf. viv. 6e enf. viv. à terme. 7e avortement.	1 h	»	»	»
58	1273	Id.	20	1 acc. sp. à terme. Enf. viv.	1 h.	»	»	»
59	1333	Id.	28	»	»	»	1 h.	»
60	1358	*Août.*	1	1 acc. sp. à terme. Enf. viv.	1 h.	»	»	»
61	1367	Id.	3	1 acc. à terme. Forceps. Enf. viv.	1 h.	»	»	»
62	1389	Id.	6	»	»	»	»	Symphyséotom.
63	1399	Id.	7	1er acc. sp. à terme. Enf. viv. 2e acc. sp. Enf. macéré.	1 h.	»	»	»
64	1414	Id.	10	»	»	»	»	Forceps.
65	1444	Id.	14	»	»	»	»	Forceps en ville. Enf. mort. Basiotripsie.
66	1448	Id.	15	1er acc. sp. à terme. Enf. viv. 2e sp. Enf. viv.	1 h.	»	»	»
67	1541	Id.	30	1 acc. prématuré. Enf. mort.	1 h.	»	»	»
68	1553	Id	30	1 acc. sp. à terme. Fille vivante.	1 h.	»	»	»
69	1559	*Sept.*	1	1 acc. sp. Enf. mort. 2e pr. Enf. mort.	1 h.	»	»	»
70	1620	Id.	9	1 acc. à terme. Forceps. Version. Enf. mort.	1 face.	»	»	»
71	1665	Id.	15	1er acc. sp. à terme. Garçon viv. 2e à terme. Forceps. Enf. viv. 3e forceps. Enf mort.	»	Forceps. symphysiotomie	»	»
72	1676	Id.	17	1 acc. sp. à terme. Forceps. Enf. mort.	1 h.	»	»	»
73	1678	Id.	17	»	»	»	»	»
74	1731	Id.	23	2 acc. prémat. à 5 et 8 mois.	»	Basiotripsie.	»	»

VICIATIONS PELVIENNES	DIAMÈTRE PROM. S. PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT		ÉTAT A LA SORTIE		DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
			à la naissance	à la sortie	de la mère	de l'enfant			
»	10. 4	8. 9	2820	....	Bon	Morte probablement étouffée par sa mère.	12 juin....	F.	F. du dortoir.
»	P. accessible.	8. 6	2280	2310	Id.	Bon	19 »	F.	F. du dehors.
»	10. 8	9. 0	3130	3370	Id.	Id.	29 »	F.	F. du dehors.
»	B. oblique ovalaire.	....	3380	....	Id.	Id.	....	...	F. du dortoir.
»	10. 2	8. 9	3170	3060	Id.	Id.	9 juillet.	F.	F. du dehors.
»	10. 2 avec faux prom.	8. 5	2860	2950	Id.	Id.	19 »	G.	F. du dortoir.
»	10. 8	8. 6	2300	2040	Id.	Id.	17 »	F.	F. du dehors.
»	10. 5	9. 3	3230	3430	Id.	Id.	17 »	G.	F. du dehors.
»	10. 5	9. 0	3330	3480	Id.	Id.	23 »	F.	F. du dortoir.
»	10. 6	9. 3	3600	3550	Id.	Id.	27 »	F.	F. du dortoir.
»	10. 6	9. 5	3810	4050	Id.	Id.	27 »	...	F. du dehors.
»	10. 5	»	2180	....	Id.	Macéré	....	...	F. du dehors.
»	11. 5	8. 8	2550	2940	Id.	Bon	15 août...	G.	F. du dortoir.
»	10. 3	8. 9	3090	2840	Id.	Id.	10 »	G.	F. du dortoir.
»	10. 3	9. 0	2840	2960	Id.	Id.	13 »	F.	F. du dortoir.
»	10. 7	9. 7	3480	3480 parti en nourrce le 7 août	Id.	Id.	7 sept...	G.	F. du dortoir.
»	10. 2	9. 1	3370	3450	Id.	Id.	15 août...	G.	F. du dehors.
»	10. 5	9. 2	2100	2420	M. le 19 août éclampt.	Id.	....	G.	F. du dehors.
»	Accessible.	»	3550 sans subst. céréb.	....	Bon	Mort.	1er sept...	G.	F. du dehors.
»	Asymétrique.	9. 3	3120	3520	Id.	Bon	25 août...	G.	F. du dortoir.
»	Id.	9. 0	2970	2980	Id.	Id.	5 sept...	G.	F. du dehors.
»	10. 5	8. 6	3170	3270	Id.	Id.	10 »	F.	F. du dortoir.
»	10.8 asymét.	9. 1	2770	2760	Id.	Id.	11 »	G.	F. du dehors.
»	10. 5	9. 6	3080	3060	Id.	Id.	18 »	G.	F. du dehors.
»	10. 4	9. 1	3000	2915 le 3e j.	Id.	Id.	13 »	G.	F. du dortoir.
»	?	9. 1	3510	3500	Id.	Id.	27 »	G.	F. du dehors.
»	Accessible.	8. 7	2080	2210	Id.	Id.	27 »	F.	F. du dehors.
»	10	»	3340	»	Id.	Mort.	6 octobre.	G.	F. du dehors.

N° D'ORDRE	N° DES OBSERVATIONS	MOIS	JOUR	*Multipares*			*Primipares*	
				ACCOUCHEMENTS ANTÉRIEURS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS	ACCOUCHEMENTS SPONTANÉS	ACCOUCHEMENTS ARTIFICIELS
75	1734	*Sept.*	24	1er acc. à terme. Garçon viv. 2e gross. à terme sp. Fille viv. 3e acc. à terme. Epaule. Garçon viv.	1 h.	»	»	»
76	1742	Id.	26	»	»	»	Face.	»
77	1764	Id.	29	1 avort. de 4 mois.	1 h.	»	»	»
78	1775	Id.	30	1er avort. gém de 4 mois. 2e avort. ovulaire. 3e sp. à terme. Fille viv.	1 h.	»	»	»
79	1813	*Octob.*	6	»	»	»	1 h.	»
80	1814	Id.	6	»	»	»	1 h.	»
81	1845	Id.	10	1 acc. en 1895 à Baud. Fœtus mort à la suite d'hémorr. rétro-plac.	Face.	»	»	»
82	1866	Id.	14	»	»	»	1 h.	»
83	1893	Id.	18	1er acc. à terme. Fille mort-née. 2e à terme. Fille viv. 3e à terme, siège. Forceps. Fille viv.	Face transf. en sommet	»	»	»
84	1902	Id.	19	»	1 h.	»	»	»
85	1938	Id.	27	»	»	»	Siège 1 h.	»
86	1949	Id.	30	»	»	»	1 h.	»
87	96.	*Nov.*	2	1 accouch. provoqué à 8 mois (Assas). Forceps (M. Pinard). 2e provoqué à 7 mois 1/2. Sommet. Garçon viv. 3e avort. de 3 mois.	1 h.	»	»	»
88	1979	Id.	4	»	»	»	1 h.	»
89	1993	Id.	7	Des 10 premiers acc., le 1er prov. à 8 mois. Fille viv.; les 2e, 3e, 4e, 5e et 6e à terme, sauf le 3e à 7 mois. Enf. mort pend. le trav. 7e à 8 m. Fille viv. et bien portante. 9e à terme. Fille mort-née. 10e à terme. Fille viv.	»	Symph. et forceps.	»	»
90	1995	Id.	7	»	»	»	1 h.	»
91	2055	Id.	18	1er acc. symph. (1892) (M. Pinard). Garçon viv. de 4630. Mort à 2 ans de pneum. 2e acc. sp. à terme (1895). Fille viv. et bien portante.	1 h.	»	»	»
92	2065	Id.	20	»	»	»	1 h.	»
93	2119	Id.	29	1er acc., 2e et 3e sp. à terme. 1 fille et 2 garçons viv. et bien portants.	1 h.	»	»	»
94	2123	Id.	29	Les 7 premiers acc. à terme. 4 sp. et 3 forceps. 5 enfants morts après la naiss. ou au milieu du trav. 2 viv. et bien portants.	»	Basiotrip.	»	»
95	2143	*Déc.*	4	2 acc. sp. à terme.	1 h.	»	»	»
96	2163	Id.	7	1 acc. forc. Enf. m. 23 j. après naiss. 2e acc. symph. à Baud. Enf. viv.	»	*Symphys.*	»	»
97	2164	Id.	7	»	»	»	»	Forceps.

VICIATIONS PELVIENNES	DIAMÈTRE PROM. S. PUB.	DIAMÈTRE BI-PARIÉTAL	POIDS DE L'ENFANT à la naissance	à la sortie	ÉTAT A LA SORTIE de la mère	de l'enfant	DATE DE LA SORTIE	SEXE	OBSERVATIONS PARTICULIÈRES
»	Accessible.	9.4	3500	2610	Bon.	Bon.	2 octobre.	G.	F. du dehors.
»	9.7	9.5	2750	2600	Id.	Id.	4 octobre.	F.	F. du dehors.
oxalgie droite	»	10	3700	3970	Id.	Id.	9 nov.	F.	F. du dortoir.
»	10	9.2	3080	3340	Id.	Id.	16 oct.	F.	F. du dehors.
B. cyphotique.	Diam.Biisch. 8,6 (Varnier).	9	2430	2330	Id.	Id.	18 oct.	G.	F. du dehors.
»	9.9	8	2420	2650	Id	Id.	19 oct.	G.	F. du dortoir.
»	11	9.2	2610	2490	Id.	Id.	21 oct.	F.	F. du dehors.
»	Prom. access.	9.5	3400	3420	Id.	Id.	25 oct.	F.	F. du dehors.
»	10.9	9.2	3400	3520	Id.	Id.	31 oct.	G.	F. du dortoir.
Cyphoscoliose.	?	9.6	3900	3710	Id.	Id.	30 oct.	F	F. du dehors.
Luxation congénitales les 2 hanches.	»	9.9	3250	3290	Id.	Id.	7 nov.	G.	F. du dortoir.
uxat. congén. de la anche gauche.	?	8.4	3170	3120	Id.	Id.	10 nov.	F.	F. du dortoir.
yphose dorso-lombaire.	Bass. rétréci au détroit inférieur	9.2	3050	2990	Id.	Id.	19 nov.	G.	F. du dortoir.
»	9.8	9	2630	2460	Id.	Id.	13 nov.	F	F. du dehors.
Cyphose cervico dorsale et scol. droite.	9.5	10	3250	4020	Id.	Id.	1 déc.	G.	F. du dehors.
yphose lomb. (Obs. 249 de 1892).	»	9.5	2920	3350	Id.	Id.	18 nov.	G.	F. du dortoir.
	9.2	9.5	3580	3350	Id.	Id.	28 nov.	F.	F. du dehors.
»	10	8.8	2630	2680	Id.	Id.	29 nov.	G.	F. du dehors.
»	10.4	9.7	3700	»	Id.	mort né.	6 déc.	G.	F. du dehors. Enf. mort avant d'entrer dans le service. Procubitus du cordon.
»	»	»	3965	»	Id.	Mort.	13 déc.	G.	F. du dehors.
»	10	9	3100	3080	Id.	Bon.	11 déc.	G.	F. du dehors.
»	10	10	3825	4720	Id.	Id.	29 janv. 98	G.	F. du dortoir.
»	Accessible.	9.6	3520	»	Id.	Mort.	19 déc.	G.	F. de 33 ans. Primipare ayant des fibr. Trav. de 81 h. Enf.

3 (428). Basiotripsie. Enfant mort avant la dilatation complète; du dehors.
4 (826). Acc. spontané. Enfant mort-né; femme du dehors.
5 (972). *Id.* Enfant étouffé par sa mère 3 jours après sa naissance.
6 (1273). *Id.* Enfant macéré.
7 (1444). Basiotripsie. Forceps en ville. Enf. mort à l'arrivée.
8 (1731). Basiotripsie. Enfant mort à l'arrivée.
9 (2119). Acc. spontané. Femme du dehors.
10 (2123). Basiotripsie. Forceps en ville. Enf. mort à l'arrivée.
11 (2164). Forceps. 4 jours de travail. Fibromes. Enfant mort le lendemain de la naissance. Énorme lésion du crâne. Suffusions sanguines.

DE LA LIGATURE VAGINALE DES LIGAMENTS LARGES CONTRE LES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

Par **Franklin H. Martin**,
Professeur de gynécologie à Chicago.

J'ai imaginé et exécuté, comme méthode opératoire nouvelle et originale, la ligature du contenu de la base des ligaments larges pour la cure des fibromes utérins le 15 novembre 1892, méthode qui fut publiée et décrite dans le n° d'avril de l'*American Journ. of Obstetrics*.

Dans le n° de janvier 1894 de ce journal, je relatai 6 cas traités par ce procédé.

L'opération, telle que je l'ai décrite au début, consiste en ceci : ligature d'une portion plus ou moins grande des ligaments larges, vaisseaux et nerfs compris, l'étendue de la ligature dépendant du résultat poursuivi, et variant de la simple ligature de la base du ligament, comprenant les artères utérines et des ramifications de ces vaisseaux des deux côtés sans ouverture du péritoine, jusqu'à la ligature totale du ligament large

d'un côté comprenant à la fois les artères utérine et utéro-ovarienne et la ligature partielle du ligament large opposé sans ouverture du péritoine, quand cela est possible, et avec cette ouverture lorsque celle-ci est nécessaire.

Les résultats que l'on poursuit avec cette méthode opératoire sont : a) l'arrêt des hémorrhagies utérines en fermant les vaisseaux sanguins afférents; *b*) l'atrophie des fibromes utérins : 1° en les privant des éléments nutritifs qui leur arrivent des vaisseaux; 2° en modifiant la nutrition de l'utérus par l'interruption de l'influx nerveux.

Immédiatement après la publication de mon premier article sur cette opération, deux réclamations de priorité se produisirent; leurs auteurs, le Dr Walter B. Dorsett (de Saint-Louis), et le professeur S. Gottschalk (de Berlin). Le Dr Dorsett, dans une lettre à l'*Am. J. of Obst.*, prétendit qu'il avait suggéré un procédé semblable à mon opération dans un article qu'il avait publié dans le *Courrier of Medicine*, 1890, Saint-Louis, article ayant pour titre : *A case of Atrophy of the Female Genitalia following Pregnancy and remarks.* Dans cet article, il fit l'observation suivante :

« Je pense que dans le traitement des fibromes de l'utérus.... la ligature des artères utérines ne constituerait pas un procédé irrationnel. Bien au contraire, plus j'ai réfléchi et plus j'ai pensé que ce serait le mode de traitement le plus sûr. ». Mais le Dr Dorsett, tandis qu'il émettait la théorie, ne l'avait pas alors appliquée sur la femme vivante.

Le professeur Gottschalk fonda sa réclamation de priorité sur un article lu par lui au Congrès de Bruxelles, 16 septembre 1892, sous le titre suivant : « De l'histogénèse et de l'étiologie des myômes utérins ». Dans les derniers paragraphes de cet article il conseilla la ligature des artères utérines et établit qu'il avait pratiqué l'opération deux fois. Voici ce qu'il dit : « La ligature des artères utérines paraît être la thérapeutique appropriée aux premières périodes de développement des myômes. Elle ne présente pas de difficultés dans sa technique ; on l'exécute facilement en quelques minutes...... je l'ai déjà

pratiquée, et avec les meilleurs résultats, dans deux cas où il m'avait été possible de diagnostiquer, de bonne heure, la formation de myômes multiples. »

Ainsi donc ces deux auteurs avaient conseillé la ligature des artères utérines pour la cure des myômes de l'utérus, l'un d'eux au moins (Gottschalk) l'avait pratiquée deux fois avant que je n'eusse décrit ma méthode opératoire. Cela seul suffirait à trancher la question de priorité en leur faveur si l'opération qu'ils conseillaient était identique à la mienne. Or, leur opération n'est identique à la mienne ni dans son principe, ni dans sa technique, ni dans sa description; aussi, leur réclamation de priorité en ce qui concerne ma méthode opératoire ne saurait être justifiée.

L'opération conseillée par ces deux auteurs n'implique que la ligature des artères utérines par le vagin, tandis que: 1° je lie, dans tous les cas, toute la base du ligament large, dans le but *a*) de fermer, non simplement le tronc principal de l'artère utérine, mais toutes les branches collatérales, *b*) de supprimer la fonction des nerfs aussi bien que celle des artères destinées à la nutrition, *e*) de diminuer les réflexes nerveux; 2° je saisis, dans les cas désespérés, non seulement la base des ligaments larges avec l'artère utérine et ses branches dans mes ligatures, mais, quand la chose est possible, je lie assez haut d'un côté pour saisir l'artère utéro-ovarique; 3° je m'applique à obtenir ce résultat sans ouverture du péritoine; mais, quand cela est nécessaire, j'ouvre la séreuse.

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION

La malade est préparée pour l'opération de la ligature des ligaments larges comme pour l'hystérectomie vaginale, comme il est indiqué dans les leçons VI et VII. L'anesthésie est faite avec l'éther. La femme est placée sur la table d'opération dans la position de la taille, exagérée, le siège étant au bord de la table, un assistant soulevant de chaque côté les membres inférieurs et tenant les écarteurs vaginaux. Un écarteur vaginal

large, court, placé en dessus, un autre en dessous, mettent bien le col en évidence; un fil de soie fort passé à travers le col sert à maintenir l'utérus. Le canal du col est dilaté, la cavité utérine curettée avec une curette mousse et complètement lavée avec une solution bichlorurée à 1 p. 1000 puis tamponnée, lâchement, avec de la gaze iodoformée. Ainsi, la cavité utérine est nettoyée et il n'est pas possible que les plaies vaginales soient ultérieurement infectées par des sécrétions utérines impures. Cela fait, l'utérus est attiré en bas pour mettre les ligaments larges en état de tension, puis porté à droite, ce qui expose le cul-de-sac gauche. On saisit dans un tenaculum la muqueuse vaginale au niveau du pli utéro-vaginal du côté gauche et on l'incise avec des ciseaux courbes.

Une des lames est conduite au-dessous de la muqueuse et l'on pratique une incision curviligne de 1 centimètre et demi à 2 centim. au-dessus du ligament large et perpendiculairement à lui. Le chirurgien sépare alors, en se servant de ses deux index, le tissu vaginal du ligament large et sépare aussi, soigneusement, le ligament large de la vessie en avant et sur les

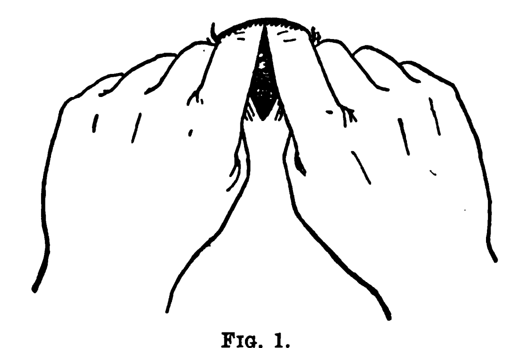


FIG. 1.

côtés sur une étendue d'environ 2 pouces (fig. 1). Cette libération de la vessie a pour but d'écarter tout danger de léser cet organe, de même que son isolement sur les côtés met l'uretère en sûreté. On sépare ensuite, soigneusement, le ligament large en arrière sur la même hauteur qu'en avant, en évitant, quand

on le peut, de pénétrer dans le péritoine. On peut alors, en passant un doigt en arrière du ligament large et l'autre en avant,

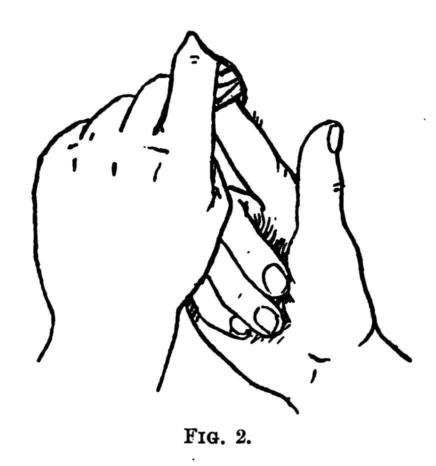


Fig. 2.

saisir toute la base du ligament, représentant les deux tiers de sa masse, à une distance d'un pouce à un pouce et demi de

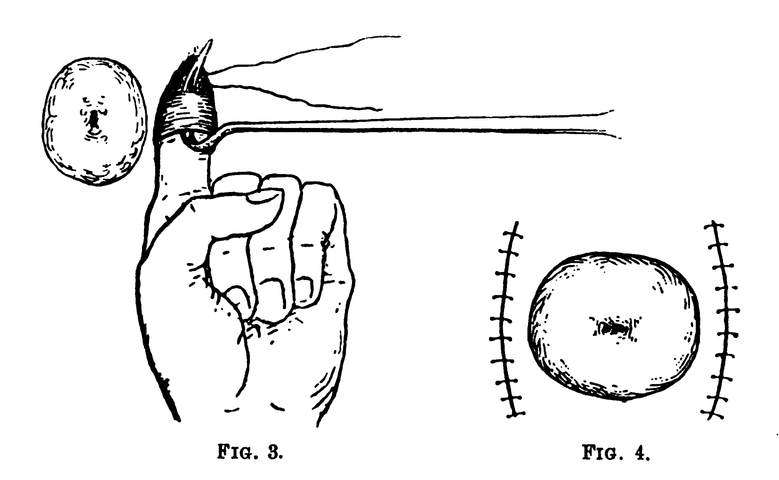


Fig. 3. Fig. 4.

l'utérus. Les doitgs étant ainsi placés, il est possible de sentir les pulsations du tronc principal de l'artère utérine et, éventuellement, de plusieurs branches collatérales. On passe alors

l'aiguille courbe armée soit de soie n° 10, soit de catgut, soit de tendon de kanguroo, et, sur l'index gauche comme guide, on la pousse à travers le ligament large gauche (fig. 2 et 3). On retire l'aiguille en ramenant l'une des extrémités du fil, et l'aiguille retirée, on lie complètement la base du ligament large à une distance d'un pouce ou plus de l'utérus. Le fil est coupé court et abandonné dans les tissus. Répétition des mêmes actes du côté opposé. Stérilisation soigneuse du vagin avec une solution de bichlorure et réunion soigneuse des incisions vaginales avec du catgut fin et antiseptique, de façon à perdre complètement *in situ* les ligatures appliquées sur les ligaments larges (fig. 4). Le fil passé à travers le col pour servir de moyen de contention est enlevé, et l'extrémité du morceau de gaze placée dans l'utérus cousue à un autre morceau de gaze dont on remplit le vagin sans la tasser, ce qui assure le drainage vaginal.

Le *traitement consécutif* de ces cas est très simple. La gaze, vaginale et utérine, est enlevée le deuxième ou le troisième jour, puis, deux fois par jour, on donne une injection vaginale avec une solution de bichlorure suivie d'une injection simple.

CHOIX DES CAS

Les fibromes interstitiels de l'utérus, de volume modéré, représentent les cas où l'opération procurera les meilleurs résultats. En particulier les fibromes sous-péritonéaux, ayant leur origine dans le fond de l'utérus, ne peuvent guère être heureusement influencés parce qu'on prive la portion inférieure de la matrice de ses éléments de nutrition. De même, on ne saurait espérer un résultat important pour les cas de fibromes pédiculés sous-muqueux. Par contre, quand il s'agit de fibromes vraiment interstitiels, dont la nutrition est liée à celle de tout l'utérus, cas où la tumeur est l'utérus lui-même, et qui représentent 75 p. 100 de tous les fibromes utérins, dans ces cas, quand il est possible de lier la base des ligaments larges par le vagin, on est en droit d'espérer de cette opération un soulagement

prompt et net des accidents et une réduction rapide du néoplasme. Les cas dans lesquels on peut s'attendre aux résultats les plus satisfaisants sont ceux où l'on a affaire à des fibromes au début ou petits, dans les dernières périodes de la vie menstruelle. Dans ces cas, l'utérus est suffisamment petit pour ne pas s'élever au-dessus du détroit supérieur du bassin, pour qu'on puisse aisément atteindre les ligaments larges par le vagin. Ces fibromes, d'autre part, étant donné l'âge des malades, sont destinés à devenir silencieux dès que la ménopause est établie. Dans ces conditions, une opération radicale n'est guère de mise, d'abord parce qu'elle n'est pas formellement réclamée, puis, à cause des probabilités d'une amélioratien après la ménopause. D'autre part, les symptômes sont tels (le plus souvent hémorrhagies graves) qu'on désirerait vivement les voir soulagés si l'on pouvait raisonnablement obtenir ce soulagement sans soumettre la malade à une intervention radicale et dangereuse. Voilà les cas les plus justiciables de cette méthode opératoire.

Il est une autre classe de cas dans lesquels cette opération a aussi donné des résultats satisfaisants, et où elle sera probablement acceptée avec faveur à côté des interventions les plus radicales. Ce sont les cas d'hémorrhagies profuses et continues, où la perte est telle, l'épuisement des malades si profond qu'il est impossible d'entreprendre une opération radicale aussi longtemps qu'un acte thérapentique moins grave n'a pas mis fin à la perte de sang et permis le relèvement des forces. Les observations IV et VI sont des cas de cet ordre. Dans l'observation IV, l'hémorrhagie avait été extrêmement profuse et la femme fut si profondément anémiée qu'elle dut rester alitée plusieurs mois. Quelque temps avant de m'être décidé à la soumettre à mon opération, j'avais essayé d'enlever les annexes et même d'enlever, au cours de la laparotomie, l'utérus. Mais, la cœliotomie faite, l'importance des adhérences et l'affaiblissement de la femme ne permirent de pratiquer aucune de ces opérations. Quant à la ligature des ligaments larges, elle fut pénible. La tumeur était volumineuse et par suite l'utérus très

élevé. Aussi, ce ne fut qu'avec beaucoup de peine, et grâce à l'aide d'assistants très expérimentés, que je réussis finalement à lier complètement la base des ligaments larges. Les deux ligaments contenaient plusieurs artères, dont plusieurs avaient le calibre d'une radiale normale. Le tout fut lié en masse. L'hémorrhagie s'arrêta dès que fut serrée la dernière ligature, et, depuis, elle n'a plus reparu. L'opération date aujourd'hui de plus de trois ans. L'utérus s'est réduit au point qu'il dépasse à peine le volume normal. La femme (je l'ai examinée il y a quelques mois à peine) est parfaitement bien. Elle a, chaque mois, un écoulement menstruel faible, et est débarrassée de toutes souffrances.

Dans le cas 6, il s'agissait d'un fibrome interstitiel, typique, mesurant environ 3 pouces sur 5, avec, comme complication essentielle, une hémorrhagie grave. La femme était trop faible, trop épuisée pour une opération radicale. Je pratiquai sur elle mon opération et le résultat fut merveilleux. Elle récupéra si bien ses forces en trois mois, qu'il eût été possible de faire l'opération la plus radicale sans danger.

Le Dr Humiston (de Cleveland) m'a communiqué un cas pour lequel il fit, comme dernière ressource, mon opération sur une malade quasi-moribonde d'hémorrhagie. La malade était si faible qu'il ne fit la ligature que d'un côté. Or, l'hémorrhagie s'arrêta immédiatement et la femme se rétablit. Il en résulte que cette méthode opératoire peut être appliquée comme thérapeutique rationnelle, provisoire au moins, dans les cas désespérés de toute nature où le symptôme dominant est la perte de sang.

OBSERVATIONS

J'ai apporté beaucoup de soins dans le choix des cas. Dans la majorité d'entre eux, il n'y avait pas d'hésitation sur la conduite à tenir. Ils étaient désespérés, par exemple, les cas 1, 2, 3, 6 et 8, ou ne convenaient pas pour une opération radicale, ou bien ne permettaient pas d'espérer des résultats favorables de médications plus anodines, électricité, ergot, etc. J'ai été

plus réservé dans l'emploi de l'opération, j'en ai peur, que ne l'indiquaient les résultats obtenus dans les quelques cas où j'ai opéré. Mais une raison qui me décida à ne pas faire l'opération plus souvent c'est que je désirais, avant, être fixé sur la valeur des résultats éloignés. Il y a maintenant plus de trois ans que ma première opération est faite, et le plus grand nombre des autres furent exécutées au cours de la première année. J'ai donc, pour la plupart des faits, à juger ce qui s'est passé durant un intervalle de trois ans. Et, dans l'ensemble des observations qui vont suivre pas un seul fait ne se rapporte à une opération qui n'a pas au moins un an de date.

Obs. 1. — Femme non mariée, 36 ans. Fibrome interstitiel, dépassant l'ombilic. Hémorrhagie profuse, hypertrophie du cœur ; état si grave que pas un chirurgien, soucieux de ses statistiques ou de la vie de ses clientes, n'aurait risqué l'hystérectomie. *Opérée* par l'auteur d'après sa méthode le 15 novembre 1892. L'hémorrhagie diminua de moitié environ pendant plusieurs mois après l'opération. Diminution formelle de la tumeur pendant les quatre mois qui suivirent l'acte chirurgical. En 1894, il est noté que l'hémorrhagie est très modifiée et n'est plus une source d'inquiétude. A cette époque, la femme se disait mieux, considérait l'hémorrhagie comme guérie, et se trouvait débarrassée des symptômes de compression. Le 12 mars 1896, 4 ans et 3 mois après l'opération, la femme dit elle-même qu'elle est bien. Pas de douleurs. La dernière perte notable date de novembre 1894. Depuis, l'écoulement a été très léger et a cessé depuis juillet dernier. « J'ai des couleurs aux lèvres et aux joues, je marche deux milles et plus chaque chaque jour, » écrit-elle. Résultat assurément satisfaisant.

Obs. 2. — Femme mariée, 40 ans, a subi un traitement électrique pour des hémorrhagies liées à un fibromyôme de l'utérus. Le courant galvanique réduisit le volume du néoplasme mais ne put diminuer notablement l'hémorrhagie profuse. Fibrome interstitiel, utérus gros comme à 3 mois de grossesse. Entrée en décembre 1892 au *Woman's Hospital*, elle perdait du sang, d'une manière presque continue, depuis plusieurs mois. Col gros, bleu, vasculaire. Vagin large, par suite opération facile. Première ligature sur le ligament large gauche, prenant bien deux pouces de ce ligament, et située à un pouce de l'utérus.

Au moment où je serrai cette ligature, un des assistants, gynécologue expérimenté, me fit remarquer que le col pâlissait. Ligature aussi étendue que possible du ligament droit. Aussitôt cette seconde ligature serrée, le col, de bleu qu'il était, devint pâle, décoloré, presque aussi blanc qu'un morceau de cartilage.

Dans ce cas, la lame péritonéale était si mince que je pus sentir aisément le tronc principal de l'artère ovarique et qu'il m'eût été facile de la saisir dans la ligature.

Après plus de 3 ans, je puis affirmer que j'ai obtenu dans ce cas une guérison parfaite. L'utérus est revenu au volume normal. L'hémorrhagie a cessé complètement. Toute douleur a disparu. La menstruation, plus abondante, a lieu tous les mois. La santé de la malade est rétablie au point que d'invalide ou à peu près elle est devenue une femme vigoureuse et saine. L'amélioration a commencé de suite après l'opération. J'ai revu la femme en mars 1896.

Obs. 3. — Fibrome interstitiel, datant de 2 ans, compliqué d'hémorrhagie profuse. *Opération* en janvier 1893. Ligature de la base des ligaments larges, comprenant artères utérines et collatérales. Amélioration immédiate. Durant les 4 mois qui suivirent, menstruation rare. Relèvement des forces et rétablissement de la santé rapides. Diminution notable de la tumeur pendant les trois mois après l'opération. Cette femme fut perdue de vue, toutefois sa dernière lettre affirmait une santé parfaite.

Obs. 4. — Fibrome hémorrhagique, remplissant tout le bassin et remontant jusqu'à l'ombilic. Utérus et annexes adhérents et fixés. Tentative de laparotomie dans le but d'enlever les annexes ou la tumeur. Le ventre ouvert, impossible d'enlever la tumeur ou les annexes. La femme avait été tellement déprimée par la perte de sang qu'elle dut garder le lit plusieurs mois. *Opération* en janvier 1893, à *the Post-Graduate Medical School*. Opération pénible par suite du volume et de l'immobilisation de la tumeur. Après une heure et demie d'efforts, ligature complète des deux ligaments larges au-dessus des artères utérines et de leurs branches. En juin, je notai sur ce cas ce qui suit : « L'écoulement cessa immédiatement, et la malade fut débarrassée de

sa perte pendant plus de deux semaines. Elle eut alors pendant quelques jours, un flux sanguin qui ressembla à une menstruation. Depuis, amélioration rapide et persistante. Menstruation régulière, peu abondante, sans douleurs. Dès juin 1893, c'est-à-dire 5 mois après l'opération, elle pouvait vaquer à ses occupations et se tenir pour guérie. La tumeur s'est tellement réduite, qu'elle ne constitue plus une difformité, que même la femme ne s'aperçoit plus de sa présence. »

J'ai, depuis que j'avais écrit cette note, revu cette femme plusieurs fois; la dernière fois ce mois-ci. Elle a été examinée par plusieurs médecins, et un ou deux d'entre eux ne constatèrent pas d'augmentation de volume de l'utérus. Toutefois, la matrice est un peu plus grosse que ses dimensions normales, mais n'a pas plus de 3 ou 4 pouces dans ses diamètres, tandis que ses diamètres primitifs, d'après les mensurations d'au moins trois gynécologues expérimentés, étaient de 4 et demi et 8 pouces. La femme est actuellement, janvier 1895, en bonne santé ; menstruation régulière mais rare, pas de souffrances. Depuis, à ma connaissance, elle est restée bien portante.

Obs. 5. — 36 ans ; fibrome interstitiel, mesurant 3 pouces sur 5, constaté depuis 3 ans. Symptômes dominants : métrorrhagie profuse, menstruation douloureuse. Adressée par le Dr F. H. Greer (de Colombo). *Opération*, le 8 janvier 1893. Suites opératoires, légère hyperthermie. Quatre mois après l'opération, le Dr Greer dit que la femme est bien, « menstruation rare, pas de douleur. Fibrome réduit, utérus presque normal. La femme affirme qu'elle est guérie ». Cette note date de juin 1893 ; depuis, il a été impossible d'obtenir des renseignements complémentaires.

Obs. 6. — Femme âgée de 36 ans, nullipare, profondément anémiée. Utérus gros comme à 3 mois de grossesse. Tumeur uniforme, manifestement interstitielle, col de l'utérus gros, orifice externe béant. Début de la néoplasie plusieurs années auparavant. Depuis plus de deux ans, menstruations prolongées et profuses, laissant la femme toujours plus faible, plus épuisée et s'accompagnant de douleurs intenses au point d'amener de temps à autre de l'inconscience. En somme, fibrome de l'utérus hémorrhagique, menstruations profuses, très douloureuses ;

femme profondément anémiée, condamnée au lit. — *Opération*, le 2 août 1894 ; libération typique des ligaments larges en arrière et en avant, et ligature solide, en deux points, de la base des ligaments larges avec saisie des artères utérines et de plusieurs collatérales importantes, terminaison de l'opération d'après la technique décrite plus haut, Dans ce cas, on vit également, une fois les ligatures serrées, le col pâlir et prendre l'aspect cartilagineux.

La femme resta à l'hôpital trois semaines. La première menstruation tombait juste le lendemain de l'opération. Elle commença le matin suivant, et fut si faible, si indolente, que l'opérée n'eût pas supposé qu'il s'agissait de ses règles si l'écoulement ne s'était pas arrêté après quelques jours pour ne plus reparaître. Durée trois jours, peu abondantes, non douloureuses. Traitement consécutif : la gaze enlevée, irrigation vaginale; diète légère et décubitus horizontal deux semaines.

30 août. Nouvelle menstruation, avec un peu des douleurs anciennes, mais assez peu pour ne pas exiger de calmants ; moitié moins abondante qu'autrefois, durée six jours. 28 septembre, troisième menstruation, d'abondance normale, durée quatre jours, douleur faible. J'eus l'occasion d'examiner la malade avant la dernière menstruation. Elle avait gagné plusieurs livres, ses joues et ses lèvres étaient colorées, elle présentait tous les signes de la santé et de la force. Ses idées concordaient d'ailleurs parfaitement avec ces apparences, car elle m'assura qu'elle était tout à fait bien. A l'examen, je constatai que l'utérus était réduit, qu'il dépassait à peine le volume normal. Col petit et normal. Pas de pulsations artérielles perceptibles soit dans les ligaments larges, soit dans la région de la voûte du vagin. Voici les renseignements suivants que j'eus sur cette femme en janvier 1894 : « J'ai à vous communiquer, écrit le mari, que Mme X... a été menstruée du 19 au 24 décembre ; que la perte de sang a été comme la précédente, c'est-à-dire un peu plus abondante que normalement. Douleurs plutôt excessives pendant deux jours (rhumatisme et névralgie

peut-être). L'écoulement fini, j'examinai et trouvai une ligature dans le vagin et un petit orifice sinueux sur le côté gauche du col. Depuis, il s'est fait un léger écoulement dans ce point. Ma femme avait ressenti quelques douleurs à ce niveau, douleur qui a pris fin avec l'expulsion de la ligature. » Il ajoute, avec enthousiasme, « tout bien compté, le résultat obtenu est un grand succès ! » Le 19 janvier 1894, il écrivait : « M[me] X... vient d'être menstruée (cinq jours), menstruation la plus facile qu'elle ait jamais eue de sa vie, douleur modérée et un jour seulement. J'espère avoir dans deux mois une femme bien portante. L'utérus est actuellement comme normal. » Depuis, plus de nouvelles. Je regrette de ne pouvoir compléter cette observation.

Obs. 7. — 36 ans, utérus en rétroversion, deux fois gros comme à l'état normal, plusieurs centres de néoformations fibreuses, avec tendance hémorrhagique très accusée. Échec du curettage, de l'électricité, des hémostatiques ordinaires. Opération le 11 novembre 1893, au « *Woman's Hospital* ». La ligature de la base des ligaments larges faite, raccourcissement des ligaments ronds. Après enlèvement de la gaze le troisième jour, irrigation vaginale et application d'un pessaire Smith-Hodge. La date de la menstruation tombait le quatrième jour après l'opération, elle ne se fit pas. La seconde menstruation manqua également, bien qu'avant l'opération les règles fussent habituellement profuses.

Une des plaies nécessitées par le raccourcissement des ligaments ronds suppura et retint la femme à l'hôpital jusque vers la fin de janvier. Elle accusa des vertiges aux dates des règles qui ne se firent pas, phénomènes qui, après s'être montrés avec une intensité variable, s'amendèrent graduellement. Le 13 février, trois mois après l'opération, premier écoulement menstruel. La malade écrit : « la première monstruation apparut le 13 de ce mois, sans douleurs, mais assez profuse pendant les deux premiers jours ; depuis elle s'est prolongée jusqu'à aujourd'hui (18) ; écoulement faible ». Le 19 mars 1894 cette note :

« La menstruation a devancé de 4 jours et a duré une semaine. Je suis en excellente santé. » Le 14 décembre 1895, deux années après l'opération, son mari écrit que sa femme souffre beaucoup de vertige, lequel se manifeste surtout immédiatement avant a menstruation. « L'opération que vous avez pratiquée a eu un succès partiel; la menstruation est moins abondante que précédemment et l'utérus est en meilleure position. » Le 26 mars 1896, nouvelle note du mari : « La menstruation n'est pas profuse, les douleurs sont diminuées; la santé générale reste la même (note précédente) ; j'espère que l'exercice de la bicyclette influera heureusement sur sa santé générale et fortifiera particulièrement les organes faibles chez elle. »

Obs. 8. — 35 ans, pas d'enfants; fibromes multiples, utérus gros comme à 4 mois de grossesse ; hémorrhagie profuse, douleurs intenses. A chaque menstruation, anémie profonde ; souvent la perte de sang se prolongeait deux semaines. Curettage, électricité, sans résultat ou avec un résultat insuffisant.

Opération, le 28 novembre 1893. — Masse fibreuse plus développée à gauche dans l'épaisseur du ligament large gauche. Ligature des deux ligaments larges, et deux ligatures solides, étagées sur le ligament large gauche. La première menstruation était attendue trois jours après l'opération. Il ne se fit qu'un écoulement léger, aqueux. Pendant les deux jours qui suivirent l'opération, la femme accusa des douleurs analogues à celles qu'elle ressentait après les règles. Le premier février 1894, note du mari : « Apparition des règles le 25 janvier, qui se sont continuées jusqu'au 1er février. Sa femme a souffert pendant un jour ; sa santé générale n'est pas mauvaise. Elle est plus forte, marche avec moins de fatigue, etc.». Le 26 février, nouvelle note : « La menstruation n'a duré que trois jours, elle est bien moins abondante que par le passé ; mais la malade a souffert extrêmement pendant deux jours ; — elle se sentirait très bien si elle pouvait être débarrassée de ces douleurs » ; le 6 mai, le mari écrit : « ma femme a été aussi bien que possible le mois dernier ; elle a été menstruée la semaine dernière ; menstruation très peu abondante, tout juste pour se montrer. Santé générale excellente ; appétit excellent, sommeil bon, elle a repris et même dépassé son embonpoint normal. » Examen le 19 mai : utérus réduit de moitié. Santé parfaite.

Le 13 mars 1896, deux années et quatre mois après l'opération, je reçus d'elle la note suivante : « Depuis que j'ai été opérée, j'ai gagné 20 livres ou un peu plus. Mes règles sont réduites de moitié en durée et en abondance. Les souffrances sont moindres qu'avant l'opération, mais elles n'ont pas complètement disparu. J'ai aujourd'hui la vigueur de la moyenne des femmes, tandis qu'auparavant j'étais condamnée à garder le lit plus de la moitié du temps. Dans l'intervalle des époques, je jouis de la meilleure santé qu'on puisse souhaiter. »

Obs. 9. — 41 ans. Fibrome uniforme, interstitiel, utérus gros comme à 4 mois de grossesse. Menstruation profuse très douloureuse. Sensations de pesanteur et phénomènes de compression très accusés. Malade anémiée et nerveuse.

Opération le 19 mai 1894, qui fut pénible parce que la masse emplissait l'excavation. Toutefois, ligature des ligaments larges avec les utérines.

L'état de la femme s'améliora d'abord. Il ne survint pas de nouvelles hémorrhagies. Je l'ai examinée deux ou trois fois depuis l'opération, une fois au bout de six mois. La tumeur avait diminué de volume mais n'avait pas disparu. Les douleurs, les phénomènes de compression sont atténués. La femme a les apparences de la santé et s'occupe beaucoup, comme d'autres femmes bien portantes. Note d'elle le 12 mars 1896, un an et six mois après l'opération : « Depuis l'opération, je n'ai eu que quelques hémorrhagies, tandis qu'elles étaient fréquentes avant. Je suis régulièrement menstruée, bien que toujours un peu en avance, toutes les 3 semaines. Je souffre moins, mais la pesanteur subsiste. Je suis mieux en santé et en force depuis que j'ai été opérée. »

De ce que j'ai observé dans d'autres cas, je pense que peu à peu cette femme se rétablira. J'appréhendais, quand je me décidai à cette méthode opératoire, que la circulation collatérale ne vînt annuler les effets de l'interruption de l'apport sanguin. Mais l'observation montre que les résultats sont d'autant meilleurs que l'on s'éloigne de la date de l'intervention.

Obs. 10. — 35 ans, multipare. Utérus volumineux, régulier, mesurant 4 pouces sur 6, mobile. Menstruation profuse, 6 jours à 2 semaines avec contractions utérines douloureuses ; affaiblissement, anémie, état nerveux très marquée. *Opération* en août 1894. Elle fut facile (mobilité de l'utérus, grande laxité des ligaments larges). Notes diverses envoyées par l'opérée, septembre 1894 : « Voilà 6 semaines que j'ai été menstruée. Les douleurs ne sont pas améliorées. Toutefois, les troubles du côté de la vessie (compression) sont très améliorés. » Octobre 1894 : « Menstruation nouvelle, moins prolongée et moins abondante. Souffrances accusées les deux premiers jours ». 13 novembre 1894 : « Menstruation plus abondante que normalement ». 17 décembre 1894. « Souffrances un peu moindres. Les règles sont venues à la date normale, mais trop abondantes ». 29 janvier 1895 : « J'ai perdu beaucoup plus qu'il ne faudrait ». 25 mars 1895 : « La menstruation a été meilleure ce mois-ci, moins prolongée qu'avant l'opération, mais trop abondante encore ; les souffrances s'améliorent peu à peu ». 27 mai 1896 : « J'ai beaucoup perdu et beaucoup souffert ce mois-ci. »

Obs. 11. — 43 ans, mariée à un médecin. Fibrome interstitiel, utérus gros comme à 4 mois de grossesse. *Opération* le 7 novembre 1893.

Ligature des deux ligaments larges de façon à lier les deux tiers de leur masse, avec les utérines et toutes leurs branches. Note du mari le 12 mars 1894 : « En ce qui concerne le fibrome, les choses vont aussi bien que possible. Il a diminué de volume mais pas beaucoup, la menstruation a été, deux fois, tout à fait profuse ; mais les deux dernières époques très peu abondantes ont duré trois jours. Les souffrances sont diminuées, elles ont été nulles le dernier mois, tandis qu'avant l'opération elles étaient constantes. La santé générale de la malade est très améliorée ; son poids est augmenté de 10 livres, l'amélioration s'accentue tous les jours. Comme ma femme a dépassé 45 ans, j'espère, si la tumeur ne grossit pas d'ici la ménopause, qu'elle guérira complètement.

Obs. 12. — 40 ans ; fibrome hémorrhagique et douloureux ; anémie profonde, neurasthénie accusée. Diamètres de l'utérus, 3 pouces sur 6. Matrice mobile. Menstruation prolongée, profuse, s'accompagnant d'une grande prostration et de douleurs pelviennes intenses. 5 décembre 1894, ligature de la base des ligaments larges. Les deux ou trois menstruations suivantes furent plus normales, perte de sang légère, douleurs insignifiantes, etc. Le 12 mars 1896, un an et demi après

l'opération, la femme écrivait : « Je perds pendant les règles moitié moins qu'autrefois. J'ai gagné un peu d'embonpoint. J'ai des douleurs intenses. Je suis encore nerveuse bien que plus maîtresse de mes nerfs. »

Cette malade n'est pas guérie, mais on peut espérer que, grâce à la diminution de l'écoulement menstruel, le mieux ira en s'affirmant.

Obs. 13. — Résumée par l'auteur de la façon suivante. *Opération* le 1er février 1896. Tumeur intramurale, deux centres de développement, chaque noyau fibreux ayant un diamètre d'environ deux pouces. Néoplasme très hémorrhagique et extrêmement douloureux. A la suite de l'opération, cessation des pertes et disparition des douleurs ; de plus, réduction presque totale des masses fibromateuses, ainsi qu'on put le constater au cours d'une laparotomie faite dix mois plus tard, pour un kyste de l'ovaire gauche rupturé.

LES LIGATURES ATROPHIANTES DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS UTÉRINES (1)

PAR

Henri Hartmann, Professeur agrégé à la Faculté, Chirurgien des hôpitaux.

et

Pierre Fredet, Aide d'anatomie à la Faculté, Interne des hôpitaux.

Les ligatures atrophiantes dans les fibromes utérins.

Dans le traitement des fibromes, à côté des méthodes directes d'attaque (myomectomie, hystérectomie), on a souvent eu recours à des méthodes indirectes (administration de préparation d'ergot, électrisation locale par des moyens divers, ablation des annexes).

La castration annexielle en particulier, avant que les méthodes

---

(1) Voir *Annales de gynécologie*, février 1898, p. 110. Dans cet article, il faut faire les corrections suivantes, p. 111, 5e alinéa : « Gubaroff, en 1889, préconise un procédé de ligature sous-péritonéale de tous les vaisseaux de l'utérus » ; p. 125, 3e alinéa : Opération le 11 août 1897, et non 1895.

modernes d'hystérectomie aient été mises en pratique, a joui d'une grande vogue pendant un certain temps. Sans partager complètement l'opinion d'Hofmeier (1), de Geza von Antal (2), de Rydygier (3), de Remfry (4) et d'autres qui sont tentés d'attribuer la plus grande partie des effets de la castration à l'hémostase partielle de l'utérus, qu'elle réalise, plutôt qu'à la suppression de l'ovaire et à la ménopause qu'elle entraîne, on doit admettre que le simple arrêt du sang dans ce vaisseau joue un rôle dans la régression du fibrome, lorsque celle-ci se produit. Les opérations de notre maître Terrier, d'Hofmeier, de Bossi (5), où l'on s'est contenté de jeter des ligatures sur la partie supérieure des ligaments larges sans enlever les annexes et où l'on a vu les fibromes diminuer, sont là pour l'attester.

Les nombreuses ligatures de l'artère utérine pratiquées dans ces dernières années, en particulier en Amérique, prouvent surabondamment qu'un trouble apporté dans l'irrigation utérine suffit souvent pour modifier profondément la vitalité des fibromes (6).

Un point nous semble d'ores et déjà acquis. *Dans un certain nombre de cas, la diminution brusque de l'afflux sanguin à l'utérus suffit pour amener la régression d'un fibrome.*

Ceci posé : quel est le vaisseau auquel il est indiqué de s'attaquer ? L'utéro-ovarienne ? L'utérine ? Au double point de

---

(1) HOFMEIER. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1880, t. V, p. 96.

(2) GEZA VON ANTAL. *Centr. f. Gyn.*, 1882, p. 465.

(3) RYDYGIER. *Wien. klin. Woch.*, 1890, n° 10, p. 181-182.

(4) L. REMFRY. Ligature and division of the upper part of both broad ligaments, and the result as compared whith that following removal of the uterine appendages. *Trans. of the Obst. Soc. of London*, 1894, vol. XXXVI, p. 202.

(5) L.-M. BOSSI. Contributo allo studio clinico e anatomico del processo di assorbimento dei fibromiomi uterini. *Archivio di ostetricia e ginecologia*. Naples, 1897, t. IV, fasc. 4.

(6) Voir notre *Historique* in *Annales de gynéc.*, février 1898, p. 111.

vue de la bénignité opératoire et de l'efficacité, *c'est*, sans conteste, *l'artère utérine qu'il faut lier*.

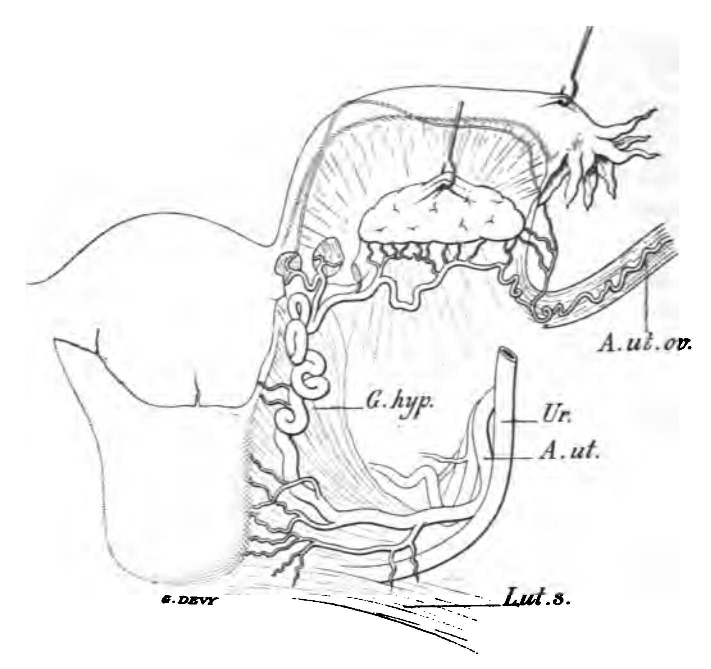


FIG. 4. — Cette figure montre :

1° Que l'artère utérine (*A. ut.*) peut émettre (et elle le fait d'habitude) à distance de l'utérus, des branches longues cervico-vaginales. La ligature du tronc principal près de l'utérus ne réalise donc qu'une hémostase partielle de l'artère.

2° Que le territoire de l'utérine dépasse l'utérus. Dans les conditions normales, cet organe ne reçoit donc rien de l'artère spermatique interne, dite à tort utéro-ovarienne (*A. ut. ov.*). La ligature de ce dernier vaisseau coupe simplement une voie anastomotique de l'utérine.

L'uretère (*Ur.*), l'utérine (*A. ut.*) et l'utérus sont dans leurs rapports normaux. Le ligament large a été déplacé pour mieux montrer la terminaison de l'utérine. — *G. hyp.*, débris de la gaine hypogastrique contenant l'utérine et de nombreuses veines. — *L. ut.* Ligament utéro-sacré.

Contrairement à une opinion encore trop répandue, l'utérus reçoit normalement son irrigation sanguine exclusivement de

l'utérine. Le chirurgien le constate sur le vivant, la section de l'artère sous-jacente à la trompe nous montrant que le jet sanguin, à peu près nul par le bout ovarien, est, au contraire, volumineux par le bout utérin du vaisseau. L'anatomiste le vérifie sur le cadavre en étudiant une pièce injectée ou non. Presque toujours sur les cadavres que nous avons examinés, nous avons vu l'artère utérine (16 fois sur 17), non seulement donner des branches à toute la hauteur de l'utérus, mais encore irriguer la moitié au moins de la trompe et de l'ovaire (1). (Voir la fig. 4.)

L'artère utérine est essentiellement l'artère nourricière de l'utérus et le rôle de l'utéro-ovarienne dans la nutrition de cet organe est bien effacé.

La ligature efficace est donc la ligature de l'utérine. C'est en même temps la plus bénigne, car on peut la faire sans ouvrir le péritoine. Si dans les cancers inopérables, ayant envahi les ligaments larges et le vagin, on est obligé de lier l'utérine par l'abdomen, comme nous l'avons dit plus haut, il n'en est pas de même dans les fibromes où la voie vaginale est praticable. L'artère utérine peut alors être liée en masse, près de l'utérus, avec le pédicule vasculaire utérin, séparable des organes voisins grâce à la condensation superficielle du tissu conjonctif, interposé entre les vaisseaux et les nerfs, qui lui constitue une gaine (gaine hypogastrique).

C'est à cette ligature par le vagin que nous avons eu recours dans cinq cas :

Obs. V. — *Fibromes interstitiels hémorrhagiques. Polype fibreux. Ablation du polype. Curettage. Ligature bilatérale du pédicule vasculaire utérin par le vagin.*

Camille B..., marchande des quatre saisons, âgée de 40 ans, entre le

---

(1) L'artère utérine donne, en outre, des branches à la partie supérieure du vagin et accessoirement à la vessie et à l'uretère. Voir P. Fredet. Quelques recherches sur les artères de l'utérus (avec 16 fig.). *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, Paris, 1898, p. 79-122.

2 août 1897 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le professeur Terrier, suppléé par M. Hartmann.

Les premières règles ont apparu à 11 ans, mais la malade n'a été réglée définitivement qu'à 13 ans. Les menstruations duraient environ huit jours.

A eu huit accouchements normaux, le dernier en 1893.

En 1889, a été prise d'hémorrhagies utérines qui, à dater de leur apparition, n'ont pas discontinué : la malade perdait chaque jour en abondance. Au bout de six mois, elle consulte un médecin qui reconnaît l'existence d'un polype utérin et lui conseille une opération. Elle ne se décida à entrer à l'hôpital qu'après six mois et fut admise à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Verneuil. Elle était dans un grand état de cachexie.

M. Verneuil enleva un polype utérin gros comme une mandarine. Aussitôt après, les hémorrhagies cessèrent. Les règles sont revenues régulièrement, sans douleurs, avec une durée de trois à quatre jours. Puis elle a eu un enfant en 1893.

Vers mars 1897, des hémorrhagies nouvelles ont apparu. Les règles se prolongeaient tout le mois sans douleurs par des pertes rouges et blanches, peu abondantes au début. Actuellement elles sont considérables.

Examen local. — Au toucher le col est gros, assez régulier, présente sur le bord et surtout en arrière des points très durs. Par l'orifice du col, où l'on peut engager facilement l'extrémité de l'index, sort une masse pédiculée du volume d'une grosse noisette.

Le fond de l'utérus est senti à quatre bons travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A ce niveau on peut palper l'organe sur une étendue de cinq travers de doigt, dans le sens transversal. Le corps est irrégulier et bosselé, surtout vers la partie supérieure droite de la face antérieure, et du côté gauche un peu au-dessus du fond.

Par le toucher vaginal, en déprimant le cul-de-sac latéral droit, on sent également des bosselures dans la paroi correspondante de l'utérus.

L'utérus est en position à peu près normale, mobile, facilement abaissable et l'on perçoit des battements artériels dans les deux culs-de-sac latéraux. Le toucher fait saigner la malade.

A la vue, le col est gros. Il mesure 4 cm. de diamètre environ. La muqueuse est un peu altérée et on voit sortir de l'orifice un polype du volume d'une grosse noisette, lequel se continue en haut par un pédicule du volume d'un gros crayon. Son point d'implantation est élevé et ne peut être déterminé par le toucher.

L'hystérométrie donne 13 cm,5.

Le toucher rectal ne montre rien d'anormal.

Il n'existe aucun trouble de la défécation ni de la miction.

Antécédents familiaux, sans intérêt. — *Antécédents personnels.* A eu à 25 ans une « péritonite » à la suite d'un accouchement. Aucune autre maladie.

De ses 8 enfants, 5 sont morts d'affections intestinales.

Examen des différents organes. — Rien d'anormal.

La recherche de l'acétone a été faite dans l'urine par le procédé de Lieben. Résultat négatif.

Le polype de cette femme doit être enlevé évidemment. Après l'ablation du premier polype, les hémorrhagies se sont arrêtées. Il est possible que l'exérèse pure et simple de ce nouveau polype produise le même résultat. Mais, étant donné le volume considérable de l'utérus, l'existence de fibromes interstitiels, les hémorrhagies, ce cas a semblé justiciable de la ligature vaginale des utérines. A priori il doit être considéré comme bon.

Préparation de la malade comme pour une hystérectomie vaginale.

Opération, le 10 août 1897, par M. Hartmann, aidé de MM. Fredet et Chauveau. Chloroforme par M. Bourbon.

La malade est placée dans la position de l'hystérectomie vaginale, le vagin désinfecté, etc.

Le col de l'utérus est exposé au moyen de deux valves tenues par les aides. Les deux lèvres du col sont saisies par deux pinces à traction.

1° Le polype est enlevé par torsion. Il était implanté sur la paroi postérieure, au niveau de l'orifice interne du col.

2° Curettage de la cavité utérine. Muqueuse peu épaissie. Au moyen de la curette, on amène fragment par fragment, une masse ressemblant à du fibrome ramolli, située dans la paroi postérieure, au point correspondant à l'implantation du polype. La cavité utérine est tamponnée avec 2 lanières de gaze iodoformée.

3° Ligatures des pédicules utérins.

M. Hartmann fait abaisser le col au maximum à l'aide de pinces à traction placées latéralement, et pratique au bistouri, en avant et sur les côtés du col, au voisinage du cul-de-sac vaginal, une incision un peu plus étendue qu'un demi-cercle.

Un écarteur large et court est placé en bas, 2 petites valves plates sur les côtés.

L'opérateur décolle, avec le doigt, la vessie de la face antérieure de l'utérus et prolonge ce décollement latéralement. Il met ainsi à nu en avant les deux gaines hypogastriques. Mais l'incision ne se prolongeait pas assez en arrière pour permettre d'isoler facilement le versant postérieur de la lame vasculaire et de pousser assez loin le décollement antérieur. M. Hartmann prolonge donc en arrière son incision vaginale, de façon à entourer le col d'un cercle complet et fait 2 fentes latérales. Il peut alors, à l'aide de l'index, dénuder en avant et en arrière la gaine hypogastrique, sur une hauteur atteignant la longueur des 2 dernières phalanges. En introduisant les 2 index, l'un en avant, l'autre en arrière du pédicule vasculaire, tandis qu'on attire le col en bas et du côté opposé, on sent nettement les battements artériels dans la masse, sur le côté droit de l'utérus. Ces battements cessent d'être perceptibles quand on exerce une très forte traction sur l'utérus. Il suffit de la relâcher un peu pour qu'ils redeviennent évidents.

Une soie plate est alors passée, d'avant en arrière, sur le pédicule droit au moyen de l'aiguille courbe de la scie à chaîne, guidée sur l'index gauche en arrière du pédicule. (La courbure de cette aiguille n'est pas commode pour cette manœuvre.) On traverse avec précaution le tissu situé au-dessus du pédicule, on saisit l'aiguille avec une pince pour la ramener en bas avec son fil.

Le fil a été placé près de l'utérus, loin de l'uretère par conséquent. Il est très vigoureusement serré et coupé ras. A ce moment le col pâlit légèrement, surtout du côté lié. Le fil est passé d'arrière en avant du côté gauche. De ce côté en constate encore avec évidence que la traction sur l'utérus fait disparaître les battements de l'artère. La ligature est serrée. Aussitôt, le col prend une couleur blanche, cartilagineuse, qui, tranchant sur la couleur rosée du vagin, frappe tous les assistants. Le fil très fortement serré est coupé ras.

La muqueuse vaginale est suturée à points séparés à la muqueuse du col, dans toute l'étendue de l'incision, d'abord à gauche puis à droite, au catgut. Les fils au nombre de douze sont d'abord passés à l'aiguille de Reverdin courbe, puis noués successivement.

Lavage du vagin, tamponnement à la gaze iodoformée.

Suites opératoires. — La température prise pendant 12 jours après l'opération, a oscillé de 37° à 38°.

	JOUR DE L'OPÉRATION	JOURS APRÈS L'OPÉRATION 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Matin...	36°8	37°	37°	37°2	37°4	37°	37°2	36°8	37°2	37°	37°	37°	36°8
Soir....	38°	37°4	37°4	37°8	38°	37°2	37°8	37°4	36°8	37°4	37°4	37°2	

14 août. Ablation des mèches intra-utérines, lavage du vagin. Le col est encore largement entr'ouvert et admettrait un doigt. Le tamponnement vaginal est refait. Aucune douleur, aucun trouble fonctionnel, n'a pas saigné.

Les urines ont été examinées à nouveau, après l'opération, par M. Chauvet, pharmacien du service. L'acétone a été constatée en quantité notable, dans deux examens successifs.

Les règles étaient attendues 4 jours après l'opération, du 15 au 20 août. Elles n'ont pas apparu.

Le tamponnement vaginal a été maintenu jusqu'au 21 août. A cette date la malade est examinée au spéculum. Le col est assez volumineux, grisâtre, et semble moins saillant. Mais cette apparence tient peut-être à son déplacement consécutif à la suture de la muqueuse vaginale.

Le vagin est humecté d'un suintement brunâtre à peine marqué. Deux ou trois fils sont tombés.

L'hystérométrie accuse une profondeur de 9 cm,5, soit 4 cm. de moins qu'avant l'opération. Ce résultat, bien que nous l'attendions, nous surprend à tel point que nous répétons la mensuration, de peur de nous être trompé.

La malade se lève le même jour (onzième jour) et quitte l'hôpital le lendemain.

Elle devait nous avertir si ses règles venaient vers le 20 septembre. Nous n'avons pas reçu de renseignements à ce sujet.

Obs. VI. — *Fibrome de la paroi postérieure de l'utérus, près du fond, du volume d'une pomme d'api. Fibrome de la grosseur d'une noisette dans le bord gauche près de l'orifice interne. Hémorrhagie. Curettage. Ligature vaginale des pédicules vasculaires utérins.*

Vve B..., 35 ans, entre le 4 août 1897 à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le professeur Terrier, suppléé par M. Hartmann.

A été réglée à 14 ans. Les règles se produisaient avec des retards, toutes les six semaines, toujours très abondantes et très douloureuses. — Mariée à 18 ans et demi. A eu quatre enfants dont deux jumeaux, le dernier en 1886. — N'a pas de pertes blanches.

Les hémorrhagies datent de cinq ans (1892). La première perte s'est produite huit jours après les règles et a duré dix-neuf jours. La malade restait couchée, car, dès qu'elle se levait, les pertes revenaient avec abondance. On lui donnait des injections vaginales à 48° et son médecin lui fit des scarifications sur le col. Puis elle s'est soumise à un traitement électrique. Au bout de deux séances, les hémorrhagies se sont arrêtées et ont disparu pendant un an.

L'année suivante (juillet-août 1893) des hémorrhagies analogues aux premières, accompagnées de très vives douleurs, se produisirent avec une extrême abondance pendant quinze jours. Elles ont cessé sans traitement.

En mai-juin 1896, nouvelles pertes d'une durée de six semaines, à la suite des règles. Les souffrances étaient tellement vives que, le 4 juin, la malade eut une syncope. Elle est venue à Bichat à cette époque et les hémorrhagies cessèrent à la suite d'un traitement électrique prolongé pendant cinq séances.

Depuis le 4 juillet 1897, elle souffre de pertes sanguines ininterrompues, qui à deux reprises ont été alarmantes, et de douleurs vives dans l'abdomen, irradiées dans les cuisses. Malgré cela, la santé générale est bonne.

La malade entre à l'hôpital pour ses hémorrhagies.

Examen local. — On trouve un col gros, présentant une ouverture en croissant, regardant en bas et en arrière. Les culs-de-sac sont libres.

Par le palper, on sent un utérus volumineux mais régulier, en position à peu près normale. On trouve également, au niveau du fond et le dépassant, une bosselure du volume d'une pomme d'api.

Le doigt vaginal perçoit au niveau de l'orifice interne du col, en avant et à gauche, une seconde bosselure, dure, du volume d'une noisette. Les annexes gauches sont mobiles et peu douloureuses à la pression. Les annexes droites sont un peu grosses et légèrement douloureuses à la pression.

L'examen au spéculum fait voir l'orifice du col à l'extrémité gauche du croissant. L'hystérométrie accuse 9 cm.

L'utérus est mobile et abaissable, le vagin large.

Antécédents héréditaires et personnels sans intérêt.

A priori ce cas doit être considéré comme plutôt médiocre, en raison de la situation du plus gros fibrome, près du fond de l'utérus.

Opération, le 14 août 1897, par M. HARTMANN, aidé de MM. Fredet et Chauveau. — Chloroforme par M. Bourbon. Durée de l'opération, 23 minutes.

La malade a été préparée et disposée comme pour une hystérectomie vaginale. Les deux lèvres du col sont saisies avec des pinces à traction, la cavité utérine curettée après dilatation du col au moyen de bougies de Hegar. La muqueuse n'est pas fongueuse. On arrive immédiatement sur le tissu musculaire criant sous la curette.

Deux pinces sont placées aux angles latéraux de l'orifice externe du col. Celui-ci est abaissé au maximum. Deux valves plates, à droite et à gauche, exposent les culs-de-sac latéraux.

Incision circulaire sur le col, au voisinage du cul-de-sac vaginal. Deux incisions perpendiculaires à celles-ci sont faites sur le vagin de chaque côté, suivant le diamètre transverse.

Le col est attiré vers le bas. En avant, la vessie est décollée de l'utérus et de la gaine hypogastrique, avec les doigts. La lèvre vaginale postérieure de l'incision est saisie et tirée à l'aide de pinces et le décollement exécuté en arrière, de part et d'autre de la ligne médiane réservée. Pour agir à gauche, on tire le col à droite et inversement.

Les deux pédicules utérins sont dénudés dans une grande étendue. On sent battre les artères dans leur masse, mais la traction ne fait pas disparaître les pulsations comme dans le premier cas.

Le pédicule gauche est accroché avec l'index et un fil de soie passé d'arrière en avant au moyen d'une aiguille de Cooper, guidée par le doigt postérieur. Ligature. Peu de modifications apparentes du col. Même opération du côté droit, mais le fil est passé d'avant en arrière. Ligature. Au bout de quelques instants la couleur du col se modifie, mais d'une façon moins évidente que dans le premier cas.

La plaie vaginale est touchée à l'eau phéniquée à 5 p. 100. Suture de la muqueuse vaginale à l'aide de dix points au catgut fin. On passe d'abord les fils du côté gauche avec l'aiguille de Reverdin courbe, puis ils sont serrés successivement. Même opération du côté droit.

Nettoyage du vagin. Crayon iodoformé dans l'utérus. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Fait curieux à noter, au cours de l'opération la malade eut une syncope chloroformique. M. Hartmann, qui tenait à ce moment entre les deux index le pédicule utérin gauche, percevait un cordon arrondi sans battement. Il s'étonnait de ce fait, quand on s'aperçut que la malade était en syncope. Deux ou trois mouvements de respiration

artificielle ayant été exécutés, il sentit aussitôt le cordon inerte s'animer de pulsations.

Suites immédiates. — Dans la journée de l'opération, pas de douleurs, aucune gêne, pas de vomissements chloroformiques.

Les urines recueillies à la suite de l'opération contenaient de l'acétone.

Les jours suivants, la température oscille entre 38°,8 et 37°,5, sauf le soir du deuxième jour où elle atteint 38°. On ne touche pas au tamponnement. La malade dit qu'elle croit saigner un peu. Les pièces extérieures du pansement, à peine tachées, sont changées.

21 août. Le tamponnement est enlevé, le vagin lavé. Petit suintement sanguin provenant d'un bourgeon charnu du côté droit de la commissure du col.

La malade se lève le 22 août, huit jours après l'opération. Hystérométrie le dixième jour, 7 cm. 2, soit près de 2 cm. de diminution.

Elle quitte l'hôpital le jour même, 24 août. Les règles sont attendues le 2 septembre.

Suites éloignées. — La malade est revue le 28 septembre 1897.

Pas trace d'hémorragie depuis l'opération. Les règles, attendues le 2 septembre, ne sont point venues. Elle a eu pendant 24 heures des douleurs assez vives sous forme de coliques, analogues à celles qu'elle ressentait d'habitude une huitaine de jours avant ses règles et pendant deux jours environ avec une grande acuité. Elle n'a, en dehors de cela, éprouvé ni gêne, ni douleurs et vaque à ses occupations.

Au toucher, l'utérus est mobile, le col à peine saillant. Le vagin est souple, l'examen nullement douloureux. On ne perçoit aucun battement artériel dans les culs-de-sac. La cicatrice est invisible.

La petite tumeur du côté gauche ne peut être sentie. Il est possible que cela tienne à une induration qui existe dans le cul-de-sac latéral gauche.

La tumeur du fond de l'utérus existe encore, mais elle paraît diminuée de volume. Elle semble s'être énucléée de l'utérus et l'on constate maintenant avec netteté qu'elle est implantée dans la paroi postérieure.

Les règles reviennent du 3 au 10 octobre ; depuis cette époque elles ont apparu régulièrement chaque mois, sans douleur et présentent une durée de 6 jours. La malade ne perd pas dans leur intervalle.

Le 22 février 1898 nous la réexaminons : Le col est peu saillant, dans les deux culs-de-sac latéraux on sent deux points indurés qui

correspondent aux ligatures placées sur les pédicules utérins. Au voisinage du fond de l'utérus on sent en arrière et à droite une tumeur arrondie qui a le volume d'une noix et s'énuclée à peu près complètement de l'utérus. L'hystéromètre donne 8 cm.,5 de profondeur utérine.

OBS. VII. — *Utérus fibromateux. Petit polype muqueux du col. Hémorrhagies. Ablation du polype. Curettage. Ligature vaginale des pédicules vasculaires utérins en 2 paquets.*

Claire L..., 38 ans, journalière, entre le 10 septembre à l'hôpital Bichat, dans le service de M. le professeur Terrier, suppléé par M. Hartmann.

Premières règles à 14 ans. A l'âge de 16 ans, la malade devient très anémique et les règles disparaissent jusqu'après son mariage qui a lieu à 19 ans. Aussitôt la menstruation reparaît, régulière, très abondante, non douloureuse, d'une durée habituelle de 10 jours. Pertes blanches dans l'intervalle des règles.

Trois accouchements normaux, le dernier à 29 ans. A partir du troisième, les règles cessent d'être régulières. Hémorrhagies abondantes, irrégulières, d'une durée de 12 à 15 jours consécutifs, avec émission de caillots et douleurs. La malade n'a jamais plus de 8 jours de répit. Les pertes ont augmenté progressivement. Depuis 6 mois les hémorrhagies sont continues. Les arrêts sont d'abord de 5 à 6 jours ; depuis 6 mois, ils ne sont plus que d'un seul jour. Douleurs vives dans la région lombaire et dans les cuisses.

A suivi sans résultat divers traitements sur lesquels elle ne donne pas de renseignements précis.

Examen local. — Le col est dur, gros, irrégulier, bosselé. Les bosselures sont arrondies et dures. Le corps est volumineux. Il se trouve immédiatement en arrière de la paroi abdominale et reste à 3 ou 4 doigts au-dessous de l'ombilic. Il présente une consistance dure avec bosselures de petit volume.

L'utérus est mobile, facilement abaissable, les culs-de-sac souples et dépressibles. Hystérométrie : 10 cm.,9.

Un petit polype muqueux apparaît dans l'orifice du col qu'il affleure, L'orifice est mou et permet l'introduction du doigt.

Ce cas doit être considéré à priori comme bon.

14 septembre 1897. Une laminaire est placée dans le canal cervical.

Opération, le 15 septembre 1897 par M. Hartmann, aidé de MM. Fredet et Chauveau. Chloroforme par M. Bourbon. Durée de l'opération, 56 minutes.

1° Curettage de l'utérus.

2° Ligatures.

Incision circulaire autour du col, avec 2 débridements latéraux et transversaux sur le vagin.

Les 2 pédicules vasculaires sont isolés en avant et en arrière dans une étendue considérable sur une hauteur égale à toute la longueur de l'index de l'opérateur, car l'utérus est facilement abaissable.

Les battements des artères utérines sont perçus des deux côtés. Le pédicule gauche est lié d'abord.

Un premier fil, de soie forte, est passé aussi haut que possible, d'avant en arrière, au moyen de l'aiguille de Cooper. Le chef postérieur de ce fil est réenfilé avec un deuxième fil et la lame vasculaire est traversée plus bas, d'arrière en avant, de façon à la lier en 2 paquets.

La même opération est répétée du côté droit. A son deuxième passage, à travers le pédicule, l'aiguille mousse a grand'peine à le perforer. On est obligé de lui faire la voie en avant, en incisant un peu la gaine, ce qui met en évidence l'artère utérine ou du moins son tronc principal, gros comme une petite radiale. Ligature en 2 paquets. Le col a pris, après la ligature, l'aspect blanc mat du fibro-cartilage.

Suture de la plaie vaginale par 9 points séparés au catgut. Gaze iodoformée dans l'utérus. Tamponnement du vagin à la gaze iodoformée.

Suites opératoires. — La température a oscillé entre 36°,8 et 37°,4. Les hémorrhagies se sont arrêtées immédiatement après l'opération.

Ablation du tamponnement utérin le 6e jour après l'opération. On refait le tamponnement vaginal qui est enlevé définitivement le 23 septembre, 8 jours après l'opération. Hystérométrie, moins de 9 cm., soit une diminution de 2 cm. environ.

La malade est maintenue au lit quelques jours et gardée en observation dans le service. Le 30 septembre apparaissent les règles, accompagnées de douleurs lombaires avec irradiations vésicales. Les pertes, à peu près insignifiantes, durent 5 jours et n'empêchent pas la malade de se lever.

Elle part le 6 octobre. L'hystérométrie accuse à cette date 8 cm. 5 (fait saigner).

Suites éloignées. — La malade revient à l'hôpital le 18 novembre 1897.

Les règles ont apparu pour la deuxième fois vers le 11 octobre et ont duré 7 jours. Elles ont été presque aussi abondantes qu'avant l'opération, mais sans caillots.

La malade revient pour une thyroïdite ayant débuté le 13 novembre.

Le 24, les règles apparaissent et ne durent que 2 jours, elles ont une abondance insignifiante, les douleurs sont absolument nulles.

La malade sort le 30. Le lobe droit de la thyroïde est encore légèrement augmenté, dur et non douloureux.

Examen de l'utérus avant le départ. L'utérus semble normal. On sent encore une grosse bosselure dans la lèvre antérieure du col. L'hystéromètre pénètre à 8 cm., fait saigner; utérus parfaitement mobile. Exploration non douloureuse. Se plaint de pertes blanches.

Janvier 1898. La malade est actuellement réglée, dans l'intervalle des règles pas une perte.

Obs. VIII. — *Fibrome hémorrhagique. Curettage. Ligature bilatérale des pédicules vasculaires utérins.*

Mme X... nous est adressée par notre ami le Dr Létienne. Elle est âgée de 47 ans et sujette depuis près d'un an à des douleurs dans le bas-ventre et à des pertes. Les règles sont un peu douloureuses depuis quelque temps, elles coulent pendant 1 à 2 jours, s'arrêtent, puis reprennent pour couler très fortes pendant 8 à 10 jours. En octobre dernier elle a dû s'aliter pour une perte qui ne s'est arrêtée que le 3 novembre. Le 18 du même mois, elle recommençait à avoir des tranchées utérines et était reprise d'hémorrhagie jusqu'au 24. Aucun écoulement dans l'intervalle des pertes.

Deux grossesses à terme, la dernière il y a 18 ans. Bonne santé habituelle. La malade, qui avait pris un certain embonpoint dans ces dernières années, a un peu maigri.

État actuel. — Le 27 novembre 1897, nous l'examinons. Le col est petit, son orifice regarde en bas et en arrière. Une bride cicatricielle s'étend de la face postérieure du col à la paroi vaginale postérieure, effaçant le cul-de-sac. Le corps est en antéflexion, très augmenté de volume. On le sent par le palper à 3 doigts au-dessus du pubis ; il est très dur et arrondi ; son volume, sa forme et sa consistance font songer à un fibrome utérin. C'était, du reste, le diagnostic porté par le Dr Létienne.

Opération. — Elle est pratiquée le 11 décembre 1897, dans la maison de santé de la rue Bizet, par M. Hartmann, aidé de MM. les Drs Létienne

et Mignot. La dilatation utérine, obtenue par l'introduction successive de deux laminaires, est complétée par les bougies de Hegar. Celles-ci à peine entrées dans l'utérus sont déviées à droite par une saillie de la paroi utérine gauche. Les résultats du curettage confirment ceux obtenus par l'introduction des bougies. Tandis que la curette rencontre en avant, en arrière et à droite, un utérus mou, à gauche elle gratte une surface plus dure ; entre elle et la main hypogastrique on sent la tumeur. A son niveau la curette ramène des débris beaucoup plus épais que dans le reste de l'utérus.

Le curettage terminé, on fait sur le col une incision circulaire se continuant à droite et à gauche, avec deux incisions latérales. Les pédicules vasculaires utérins sont dénudés en avant et en arrière, puis liés à la soie. A droite, nous sommes obligé de remplacer le fil, le premier s'étant cassé. L'incision vaginale est réunie au catgut.

Suites immédiates. — Les suites de l'opération sont apyrétiques ; il se produit cependant une mortification superficielle de la muqueuse qui entoure l'orifice du col. Le tout est réparé, lorsque la malade, le 30 décembre, quitte la maison de santé.

OBS. IX. — *Fibromes multiples du corps de l'utérus (interstitiels, sous-péritonéaux, sous-muqueux). Hémorrhagies. Ablation d'un polype par arrachement. Ligature bilatérale des pédicules vasculaires utérins dans leur gaine, en masse par le vagin.*

H. M. Vve D..., couturière, 42 ans, entre à l'hôpital Bichat, le 14 janvier 1898, dans le service de M. le professseur Terrier, suppléé par M. Hartmann. Elle est envoyée par le Dr Guilain.

Réglée à 13 ans. Menstruation parfaitement régulière, peu abondante, non douloureuse. Durée habituelle, quatre jours.

Un accouchement normal il y a seize ans.

Aucun passé pathologique génital.

A commencé à éprouver, il y a six ou huit mois, des douleurs vagues, peu intenses, comparables à des tiraillements dans le côté gauche de l'abdomen. La position assise exagère cette gêne. Sa marche et la station debout la font disparaître.

Dès la même époque, les règles deviennent très abondantes, et se prolongent outre mesure, jusqu'à durer deux et trois semaines. Depuis les derniers mois, la malade perd d'une façon peu abondante, il est vrai, mais continue avec augmentation notable au moment présumé des règles.

Il n'existe aucun trouble de la miction et de la défécation.

Examen local. — Col gros, regardant en bas et en arrière. L'orifice admet à peine la pointe de l'index. Il s'en échappe un polype irrégulier du volume d'une grosse noix dont le pédicule paraît s'implanter haut dans le col, en arrière et à gauche.

Le corps utérin est en antéflexion ; le fond ne dépasse pas la symphyse. Le corps est parsemé de bosselures sensibles par le palper abdominal et au toucher rectal. On en distingue un certain nombre assez nettement : une, du volume d'une grosse noisette à peu près sphérique, implantée au niveau de la corne gauche et en arrière ; une sphérique aussi, grosse comme une petite pomme, née de la face postérieure et droite du corps ; une troisième, hémisphérique, placée entre les deux premières sur la face postérieure du corps.

Le toucher rectal fait reconnaître enfin une masse assez grosse, située en arrière et à gauche du corps, au-dessous de la première décrite.

La tumeur du côté droit dépasse notablement le fond de l'utérus et s'élève à trois ou quatre doigts au-dessus du pubis. Dans le sens transversal elle déborde la ligne médiane, de quatre doigts environ, tandis que les tumeurs du côté gauche ne la dépassent que de trois doigts environ.

Examen des urines : 1,300 grammes dans les vingt-quatre heures acides ; 16 gr. 70 d'urée par litre. Ni sucre, ni albumine.

Opération, le 28 janvier 1898, par M. Hartmann, aidé de MM. Fredet et Tansard. Chloroforme : Stepinski, Bourbon.

Position dorso-sacrée.

1° Ablation du polype fibreux par arrachement.

On se proposait de curetter la cavité utérine, mais le canal cervical est si étroit qu'il est impossible de le dilater suffisamment avec les bougies de Hegar.

Hystérométrie : 10 cm., 5.

2° Ligature des pédicules vasculaires utérins.

L'utérus est saisi et abaissé au moyen de deux pinces de Museux placées sur les lèvres antérieure et postérieure. Les culs-de-sac latéraux sont exposés par deux valves plates latérales. Incision circulaire sur le col à la limite du cul-de-sac vaginal ; deux débridements latéraux sur le vagin dans l'étendue de 2 à 3 centimètres.

On isole d'abord le pédicule gauche. Pour cela l'utérus est vigoureusement attiré du côté droit, tandis qu'un écarteur déprime la paroi vaginale du côté gauche.

L'opérateur dénude successivement avec l'index les deux faces du pédicule utérin, lequel présente un petit volume, de sorte qu'un seul fil de soie paraît suffisant pour le lier. On sent nettement dans la masse les battements de l'artère utérine.

Le fil est passé d'avant en arrière, au moyen de l'aiguille de Cooper. L'aiguille s'engage aisément au-dessus de la masse, sans avoir rien à traverser de résistant, l'épaississement répondant à la gaine hypogastrique avec son contenu cessant très nettement.

Du côté droit, la même opération est exécutée de la même manière. Les battements artériels ont été aussi constatés dans la masse isolée.

Après les deux ligatures, le col pâlit notablement.

Suture de l'incision vaginale au catgut, par-dessus les fils de soie qui sont abandonnés.

Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

Suites opératoires normales, apyrétiques.

On constate la présence d'acétone en assez grande quantité dans l'urine du 30 janvier.

Les règles apparaissent le 31 janvier et durent deux jours et demi, très peu abondantes et non douloureuses. Puis les pertes cessent complètement.

La malade se lève 12 jours après l'opération.

Le cathétérisme utérin pratiqué le quatorzième jour accuse 8 cm., 5.

Le 30 janvier, les urines examinées par M. Guerbet, pharmacien en chef de l'hôpital Bichat, contiennent une notable quantité d'acétone.

Manuel opératoire. — Dans toutes ces opérations, le manuel opératoire a été identique :

Nous commençons par faire une incision de la muqueuse vaginale autour du col, comme dans le premier temps de l'hystérectomie vaginale. A cette incision nous adjoignons deux fentes latérales que nous prolongeons jusque sur la partie latérale du vagin. Au début nous faisions ces incisions latérales un peu courtes, l'expérience nous a appris qu'il y avait intérêt à leur donner une certaine étendue, la suite de l'opération en étant grandement facilitée.

Nous décollons ensuite la muqueuse vaginale, puis la vessie de la face antérieure du col ; nous procédons de même en arrière, grattant avec l'ongle le tissu utérin. Cette libération, antérieure

et postérieure, du col permet d'évoluer plus facilement dans les fentes latérales pour isoler la portion utérine du pédicule vasculaire.

A droite et à gauche du col, nous sectionnons dans une hauteur d'un centimètre environ les tissus immédiatement sous-jacents à la muqueuse vaginale. Si cette section coupe une branche de l'artère utérine, nous la pinçons et la lions.

Puis plaçant une valve sur la paroi vaginale du côté où l'on opère, et faisant fortement attirer, avec des pinces à traction, le col en bas et du côté opposé, nous avons sous les yeux le pédicule utérin, que nous dénudons en avant et en arrière dans une hauteur de plusieurs centimètres. Il est facile de constater qu'on a dépassé le pédicule utérin par ce fait que les deux index placés l'un en avant, l'autre en arrière et se regardant par leur pulpe, ne sont, au-dessus de lui, séparés que par un feuillet celluleux extrêmement mince.

Rien de plus simple alors que d'accrocher avec le doigt le pédicule utérin, de l'attirer en bas et de le lier avec une soie que l'on passe à l'aide d'une aiguille de Cooper et que l'on serre fortement (fig. 5). Dans les cas où le pédicule est épais, nous plaçons deux ligatures, l'une sur sa partie inférieure, l'autre sur sa partie supérieure.

Ces ligatures doivent être serrées vigoureusement. Les battements de l'artère indiquent que le fil est bien placé.

En général, au moment où le deuxième fil est serré, la muqueuse, qui borde le col, devient exsangue et prend un aspect qui rappelle celui du fibro-cartilage.

Les chefs des ligatures à la soie sont coupés courts, la plaie touchée avec un tampon trempé dans une solution phéniquée à 5 p. 100, puis on ferme l'incision vaginale par une série de points séparés au catgut.

Pansement iodoformé vaginal.

Dans 4 cas sur 5 nous avons fait précéder la ligature des pédicules utérins d'un curettage utérin et dans deux nous avons en même temps enlevé de petits polypes du col.

Il est assez difficile de bien serrer le pédicule utérin. L'obli-

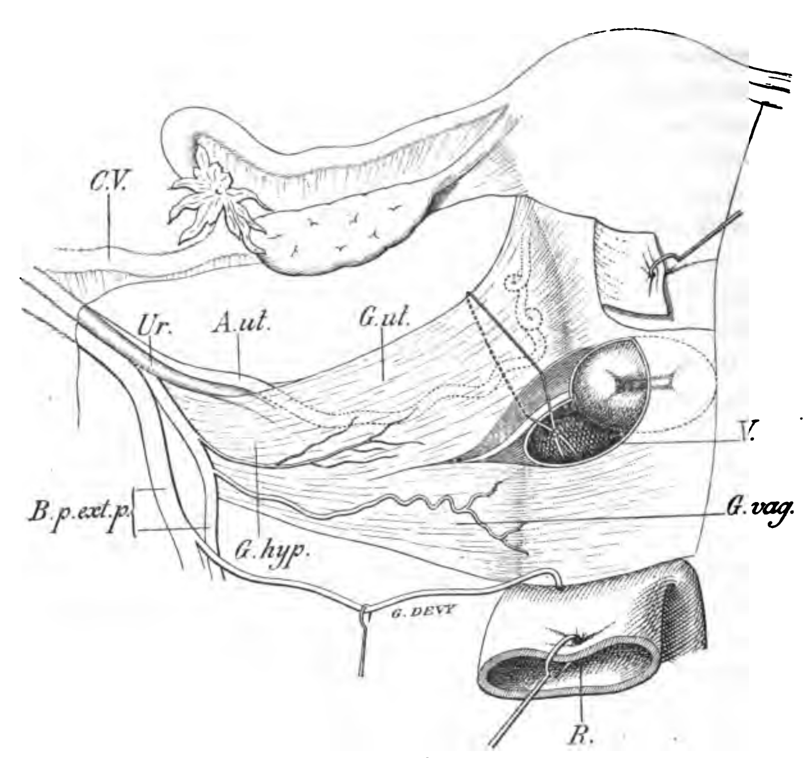


FIG. 5. — Ligature du pédicule vasculaire utérin par le vagin.

Cette pièce a été préparée en désarticulant le sacrum, en ouvrant la symphyse du pubis et en écartant l'un de l'autre les 2 os iliaques pour tendre le pédicule vasculaire des organes pelviens.

Le pédicule utéro-vaginal vu d'arrière, et engainé (*G. hyp.*), a la forme d'une lame épaisse trapézoïdale. Elle naît des vaisseaux hypogastriques dont on voit les branches postérieures intra-pelviennes (*B. p. ext. p.*) et se termine au bord latéral de l'utérus et du vagin. L'artère utérine (*A. ut.*) y pénètre dès son origine. — (*Ur.*) uretère.

L'incision demi-circulaire faite dans le cul-de-sac latéral du vagin (*V.*) a permis de mettre à nu la gaine vasculaire en arrière (*G. ut.*) en l'isolant du péritoine, et en avant en la séparant de la vessie et de son pédicule vasculaire contenant l'uretère. Puis en écartant les deux lèvres de la plaie vaginale latéralement, on a disjoint par déchirure la portion du pédicule qui attient à l'utérus et de celle qui va au vagin (*G. vag.*).

Par l'ouverture vaginale on aperçoit le col de face, car l'utérus est en rétroflexion marquée, comme cela est habituel sur le cadavre.

Le fil qui enserre le pédicule utérin, étreint avec l'artère utérine et ses branches, les veines utérines, des nerfs, etc.

R. rectum décollé du vagin et rabattu en arrière. — *C. V.* cordon vasculaire des annexes.

tération d'une artère après ligature avec un fil aseptique ne semblant se produire que si les tuniques internes du vaisseau sont coupées, il y a à craindre que la circulation ne se rétablisse après une ligature en masse, si celle-ci se relâche. Aussi Goelet (1) a-t-il proposé récemment de couper les pédicules utérins entre deux ligatures. Cette manière de faire ne nous semble pas exempte d'inconvénients, et bien qu'il soit facile de l'exécuter sans risque pour l'uretère nous ne l'avons pas expérimentée sur le vivant.

Résultats. — Nos observations ne sont pas assez nombreuses, ni de date assez ancienne pour nous permettre d'en tirer des conclusions définitives. Le curettage, l'ablation de petits polypes peuvent avoir eu leur action. Un fait nous semble toutefois acquis, c'est que ces malades, que beaucoup de chirurgiens auraient aujourd'hui regardées comme justiciables de l'hystérectomie vaginale, vont bien, et que les accidents ont cessé. Nos observations montrent en outre que la ligature en masse des pédicules utérins par le vagin est une opération facile et bénigne. Comme elle ménage l'intégrité de l'appareil sexuel de la femme, elle doit, si elle donne de bons résultats éloignés, être préférée à l'ablation de l'organe. Si nos observations sont trop peu nombreuses et comme nous l'avons dit trop récentes (notre première opération remonte à 8 mois) pour nous permettre de conclure, nous trouvons dans la littérature étrangère un certain nombre d'observations qui semblent nous engager à persévérer dans la voie où nous sommes entrés.

Nous connaissons 40 cas de ligatures vaginales pour fibromes, par la méthode que nous avons suivie : 13 appartiennent à Martin, 19 à Gottschalk, 3 à Frederick, 3 à Goelet, 5 à Boldt, Lyman, Hanks, Cragin et Humiston.

Nous tenons à faire observer tout d'abord qu'il n'existe aucun

---

(1) A. H. Goelet. Improved technique of vaginal ligation of the uterine arteres for uterine fibroma, etc. *Med. Record*, New-York, 1897, vol. 51, p. 338-339.

cas de mort à la suite de ces opérations, pas plus qu'après l'emploi des autres procédés de ligature des utérines.

Franklin H. Martin (1), de Chicago, a publié 13 cas opérés de novembre 1892 à 1895. La plupart de ses malades ont été suivies avec grand soin et il a indiqué les résultats acquis à différentes époques dans ses publications successives.

7 femmes ont été revues au bout d'un temps compris entre 3 ans 4 mois et 1 an 3 mois, les autres au bout de 10 mois, 10 mois, 5 mois, 5 mois et 4 mois.

Il s'agissait dans tous les cas de fibromes hémorrhagiques, généralement multiples et ne dépassant pas l'ombilic. L'âge des malades oscille entre 35 et 41 ans. Une seule était âgée de 26 ans.

Dans tous les cas il y a eu, au moins, amélioration notable. Les hémorrhagies ont cessé, les règles se sont rétablies normalement. Les fibromes se sont arrêtés dans leur évolution et ont généralement diminué ; dans quelques cas seulement ils ont entièrement disparu.

En somme, 9 résultats bons, 2 assez bons, 1 médiocre, 1 inconnu.

Sigmund Gottschalk, de Berlin, a opéré actuellement 19 femmes (comm. pers.). Il a publié intégralement 2 de ces cas (2). Nous devons à son obligeance des renseignements sur 5 autres et les observations inédites de 4 encore. Toutes ses opérées ont été suivies pendant plusieurs années. Une même pendant 5 ans 7 mois. Il s'agissait de fibromes interstitiels, hémorrhagiques pas trop volumineux.

Gottschalk opère de préférence au voisinage de la ménopause. Il fait toujours précéder la ligature d'un curettage de la cavité utérine. Les résultats ont été généralement bons et se sont maintenus tels. Plusieurs femmes sont entrées rapidement en ménopause, les accidents fonctionnels ont disparu, bien que dans 3 cas les myômes aient un peu augmenté et que dans un

---

(1) FRANKLIN H. MARTIN. *Annales de Gynécologie*, 1898, t. I, p. 290.

(2) SIGMUND GOTTSCHALK. *Centr. f. Gyn.*, 1893, p. 898 et 899

cas, après disparition de la tumeur primitive, il en soit apparu une seconde 9 mois après. 1 seul insuccès : Il avait affaire à un myôme implanté au niveau de la corne utérine, c'est-à-dire dans la zone où la ligature des utérines a le moins d'effet en raison de la récurrence possible par les spermatiques. L'utérus revint au volume normal, les hémorrhagies cessèrent, puis au bout de 16 mois reparurent inçoercibles et il dut pratiquer l'hystérectomie.

C. C. Frederick de Buffalo (1) a publié 5 cas de ligatures, mais dans 2 cas ces ligatures ont été combinées à d'autres opérations. Restent donc 3 cas seulement.

Ce chirurgien n'a pas hésité à s'attaquer à des fibromes très volumineux, dépassant l'ombilic. L'un même atteignait le rebord costal. Toujours il a noté une diminution de la tumeur qui semble beaucoup plus rapide que lorsqu'il s'agit de myômes de petit volume. Dans 3 cas, toute trace de la tumeur a disparu. Une malade est devenue enceinte et a conduit sa grossesse à terme. Les hémorrhagies ont disparu ; les malades sont menstruées régulièrement, deux d'entre elles avec abondance.

Augustin H. Goelet (2) de New-York a publié 3 observations, mais il a sans doute fait un plus grand nombre d'opérations, soit en utilisant la technique de Martin, soit en y apportant la modification qui consiste à couper le pédicule utérin entre deux ligatures, pour être plus sûr de l'hémostase.

Le premier cas est fort intéressant, car la ligature de l'utérine fut unilatérale. L'utérus atteignait le volume d'un utérus gravide de 7 mois. La malade a été suivie pendant 7 ans, la tumeur a diminué considérablement, la menstruation est devenue normale.

Le second cas a donné un bon résultat, mais n'ayant été suivi que 2 mois, on ne saurait en tenir compte.

---

(1) C. C. Frederick. *J. of Americ. med. Assoc.*, Chicago, 1895, vol. XXV, p. 230-231.

(2) Augustin H. Goelet. I et II, in *Americ. med. surg. Bulletin*, 1894, vol. VII, p. 645 et 647 ; III, in *Amer. gyn. a. obst. J.*, 1897, vol. X, p. 143 et p. 462.

Enfin le dernier cas, opéré par le procédé spécial de Goelet, a fourni un résultat excellent à tous points de vue. La malade, présentée à la « New-York obstetrical Society », a été examinée par plusieurs membres qui n'ont pas trouvé d'augmentation sensible du volume du corps utérin.

Les opérations de Boldt (1), Hanks (2), Lyman (3) ont été suivies des mêmes bons effets.

M. Cragin a bien voulu nous communiquer son cas : l'utérus restait en subinvolution après un accouchement, depuis 2 ans et demi, par suite de l'existence d'un fibrome et les pertes étaient abondantes. La ligature des utérines par le procédé de Martin, guérit la malade symptomatiquement. Elle devint enceinte ultérieurement, mais en présence de signes d'avortement imminent et d'accroissement de la tumeur, M. Cragin a vidé l'utérus.

Humiston (4) a lié un pédicule utérin pour hémorrhagies très graves dues à un fibrome chez une malade si affaiblie, qu'il ne jugea pas prudent de prolonger l'opération et de lier l'autre pédicule. Là encore se produisit un arrêt immédiat des hémorrhagies et une diminution consécutive de la tumeur.

Tels sont les résultats obtenus par la ligature vaginale des utérines, seule ou combinée au curettage, dans ces 39 cas qui joints aux nôtres donnent un total de 44. Ils sont particulièrement remarquables au point de vue de l'arrêt des hémorrhagies.

On a eu des améliorations ou des guérisons aussi par d'autres procédés, témoins les 2 faits de MM. Schwartz et Rochard (5) qui se sont bornés à maintenir des pinces à demeure sur les pédicules vasculaires, en cas de fibromes inextirpables. Mais

---

(1) HERMANN J. BOLDT. *New-York J. of. gyn. a. obst.*, 1894, vol. IV, p. 130-131.

(2) HORACE T. HANKS. *Amer. gyn. a. obst. J.*, 1894, vol. V, p. 250.

(3) J. L. LYMAN. *Kansas med. J.*, 1894, vol. VI, p. 215-216.

(4) W. H. HUMISTON. *Western Reserve med. J.*, 1894, vol. II, p. 93.

(5) SCHWARTZ et ROCHARD, in Z. RECHNER. *Loc. cit.*, obs. I et II, p. 45 et 47.

nous pensons que les pinces ne valent pas une ligature solide et serrée.

Un certain nombre d'opérateurs ont proposé de porter directement un fil sur l'artère utérine et ses branches mises à nu par la voie vaginale. De ce nombre W. B. Dorsett (1) (3 cas connus) qui a préconisé le premier la ligature de l'utérine dans la thérapeutique des fibromes, Küstner (2) 2 cas, Howitz (3) 6 cas, Paulli (4) 1 cas, J. B. Greene (5) 1 cas.

Cette manière de faire est difficile et incertaine dans ses résultats. L'utérine et ses branches sont noyées dans un magma veineux où il est très difficile sinon impossible de les isoler; de plus, l'utérine donne loin de l'utérus des branches cervico-vaginales longues, parfois volumineuses, qu'on risque de prendre pour le tronc de l'artère elle-même. Aussi, bien qu'il y ait eu des résultats bons, après ligature directe, ils sont généralement inférieurs à ceux obtenus par la ligature en masse : donc, plus grande difficulté, efficacité moindre, deux raisons pour rejeter cette manière de procéder.

Nous ne parlons pas, bien entendu, des opérations faites suivant une technique absolument défectueuse. Certains opérateurs ont en effet prétendu lier l'utérine en passant un fil à travers le cul-de-sac vaginal sans seulement l'ouvrir et en se guidant sur les battements de l'artère. Abstraction faite des dangers qu'on fait ainsi courir à l'uretère, il est à présumer que jamais l'artère utérine n'a été liée par ce procédé.

Restent à énumérer les opérations dans lesquelles la ligature a été faite par la voie abdominale.

Gubaroff (6) avait proposé de lier tous les vaisseaux de l'utérus à l'aide de 2 incisions semblables à celles de la ligature de l'iliaque externe. On décolle le péritoine de la fosse iliaque,

(1) Comm. écrite et *loc. cit.*
(2) O. Küstner. *Centr. f. Gyn.*. 1893, p. 761 et 762.
(3) Howitz. *Nord. med. Arkiv.*, 1895, n° 14, p. 8.
(4) Paulli. *Id.*, p. 9-10.
(5) J. B. Greene. *J. of the Americ. med. Assoc.*, 1894, vol. XXII, p. 179.
(6) A. v. Gubaroff. *Cent. f. Chir.*, 1889, p. 370.

puis du bassin jusqu'à reconnaître : en dehors, le cordon vasculaire des annexes, l'uretère et l'utérine à l'origine, en dedans le ligament rond.

Cette méthode, employée dans 1 cas de fibrome par Sneguireff, a donné un bon résultat (comm. pers.), mais l'auteur lui-même a abandonné cette opération difficile. D'ailleurs, au point de vue de l'hémostase, la ligature de l'utérine et de ses branches près de l'utérus est préférable à celle du tronc à l'origine.

Dans les autres cas de fibromes où la voie abdominale a été utilisée, on a lié l'utérine non à l'origine, mais le long du bord de l'utérus. C'est dire que cette ligature a laissé perméables toutes les branches importantes cervico-vaginales pour le moins, ce qui explique son peu d'efficacité, même quand on la combine à la ligature des spermatiques internes et externes. C'est donc un procédé qui joint l'infidélité aux inconvénients d'une laparotomie. Ainsi, des 2 cas de Rydygier (1) si l'un est un succès, l'autre représente un échec grave, la malade étant morte d'hémorrhagie 10 mois après l'opération.

Nous manquons de détails précis sur les opérations de F. Byron Robinson (2), pratiquées d'après un principe analogue.

Si l'on veut réaliser l'hémostase de l'utérus la plus étendue possible, il faut, à l'exemple de Greene (3), combiner l'emploi de la voie vaginale et de la voie abdominale. Greene a obtenu un très beau succès en liant les deux pédicules utérins, par le vagin, et les vaisseaux sous-salpingiens près de l'utérus, par la voie abdominale. Mais il serait certainement mieux de lier en masse les ligaments ronds et les cordons vasculaires des annexes près de la paroi, sinon on laisse ouvertes presque en entier les voies de l'artère du ligament rond et de la sper-

---

(1) L. Rydygier. I, in *Wien. klin. Woch.*, 1890, p. 182 ; II, in *Centr. f. Gyn.*, 1894, p. 298-299.

(2) F. Byron Robinson. *New-York Med. J.*, 1893, vol. LVIII, p. 536. *Am. J. of. obst.*, 1894, vol. XXIX, p. 484.

(3) J. B. Greene. *Loc cit.*, 179.

matique interne dite à tort utéro-ovarienne. Cette opération peut se faire vite et facilement au moyen d'une très petite incision.

Mais l'examen des résultats obtenus par la simple ligature vaginale des utérines, semble montrer que ce complément, s'il peut être utile, n'est pas nécessaire. En présence de ces faits, nous considérons la ligature vaginale des gaines hypogastriques comme une bonne opération à opposer en la combinant au curettage, aux opérations plus radicales d'exérèse. Nous sommes tentés d'y recourir, toutes les fois que nous nous trouvons en présence de fibromes petits ou moyens, lorsqu'ils ne s'accompagnent pas de phénomènes inflammatoires péri-utérins.

Addendum. — RECHERCHE DE L'ACÉTONE DANS LES URINES. — On a sans doute remarqué, que dans nos observations de ligatures pour fibromes, nous avons noté la présence d'acétone dans l'urine après l'opération. Nous avons pratiqué ces recherches à la suite des faits annoncés par Bossi (1), dans un travail sur la résorption des myômes après la castration ou la ligature des cordons vasculaires des annexes. Çet auteur dit en effet qu'il a observé une acétonurie *prolongée* et *notable* (jusqu'à 1 p. 1000 d'acétone par litre) accompagnant la régression de la tumeur. En un mot, l'acétone serait au moins un des produits sous forme desquels s'éliminent des fibromes. La constatation de l'acétonurie indiquerait donc que le résultat cherché est obtenu.

Vicarelli a déjà signalé l'acétone dans l'urine des femmes enceintes, portant un fœtus mort, de sorte que l'élimination de l'acétone aurait une signification plus générale encore.

Néanmoins, ces conclusions, bien que légitimes en apparence, demandent une confirmation nouvelle, car il y a plusieurs causes d'erreur contre lesquelles on ne s'est pas suffisamment prémuni.

D'abord l'excrétion d'acétone est un fait normal. Von Jaksch l'a démontré dès 1882. M. Argenson (2), dans une thèse récente et fort documentée, estime à 0 gr. 017 par litre le taux de l'élimination physiologique.

---

(1) L. M. BOSSI. *Loc. cit. Archivio di Ostetricia e ginécologia*. Naples, 1897, t. IV, fasc. 4.

(2) ARGENSON. *Recherches sur l'acétonurie*. Th. Paris, 1897-1898, n° 130.

L'acétonurie post-opératoire n'a donc de valeur que si ce taux est augmenté notablement.

L'augmentation peut tenir à d'autres facteurs. Becker dit que l'anesthésie produite par un agent quelconque, détermine ou augmente l'acétonurie. Elle peut faire défaut, mais elle peut durer plusieurs jours; dans un cas d'Argenson, il existait 0 gr. 5 d'acétone par litre après anesthésie chloroformique.

De là une seconde cause d'erreur.

Enfin l'acétone a été constatée chez des individus porteurs de tumeurs malignes par Von Jaksch, Le Nobel, Frerichs, etc. Dans un cas d'épithélioma rectal, Argenson en a trouvé 0 gr. 085 par litre.

Il est donc indispensable de montrer que l'acétone manque ou ne dépasse pas la normale chez les femmes atteintes de fibromes, pour avoir le droit de tirer une conclusion quand on observe l'acétonurie post-opératoire. Dans un de nos cas seulement, cette recherche a été faite avant l'opération: elle a donné un résultat négatif.

Pour avoir une réelle valeur, la recherche de l'acétone demande à être exécutée avec des réactifs sensibles et fidèles. Les réactifs dits cliniques de Legal et de Chautard ne méritent pas la confiance qu'on leur a accordée. C'est ce qui enlève aux faits de Bossi une partie de leur importance. Bossi n'indique que dans une seule de ses 3 observations le réactif employé, et c'est celui de Legal!

On ne pourra pas nous faire le même reproche. M. Chauvet, pharmacien du service, a décelé l'acétone dans chacun de nos cas par la méthode de Lieben qui est une des plus sensibles. Elle consiste essentiellement à transformer l'acétone en iodoforme, par l'iode et l'iodure de potassium en présence de lessive de soude ou de potasse. — L'urine doit être préalablement distillée.

Ces opérations ne sont pas, bien entendu, à la portée du clinicien et demandent à être exécutées par un chimiste de profession, surtout s'il s'agit de faire un dosage.

Le dosage rigoureux manque dans nos cas. Néanmoins l'acétone a toujours été constatée après l'intervention en quantité *notable* et *très supérieure à la normale*. Mais il est certain que ces recherches demandent à être poursuivies et conduites avec précision.

REVUE CLINIQUE

PINCEMENT DES ARTÈRES UTÉRINES POUR FIBROME

Par le Dr **Goullloud** (de Lyon).

Mme P..., de Poligny, me fut envoyée le 26 août 1894. Elle était âgée de 45 ans, mère de deux enfants. Elle présentait un fibrome, de volume moyen, qui dépassait le pubis de plusieurs travers de doigt, mais avait surtout son développement dans le bassin. Le cathétérisme était de 11 centimètres. La femme était déjà fortement pâlie par ses pertes.

Le 31 octobre 1894, je l'opérai.

Incision au pourtour du col, comme pour une hystérectomie vaginale. Je décollai peu la vessie sur la ligne médiane, peu également le rectum; mais sur les côtés le décollement fut porté assez loin, pour me permettre de pincer les vaisseaux du ligament large sur une hauteur de 5 centimètres et demi, hauteur mesurée par la longueur des mors de mes pinces longuettes.

Je réunis ensuite la muqueuse de la lèvre antérieure du col à la muqueuse correspondante du cul-de-sac vaginal antérieur, par quelques points de suture au catgut. Quelques points analogues furent placés sur l'incision transversale postérieure.

Ces sutures laissèrent de chaque côté du décollement l'espace suffisant pour glisser une petite mèche de gaze iodoformée le long des pinces. Je ne crois pas avoir ouvert le péritoine.

Ablation des pinces, au bout de 48 heures.

Les suites immédiates furent très simples, sans trace de réaction péritonéale.

Deux ans après, le 25 juillet 1896, la malade vint me voir. Elle était alors très bien portante, très contente du résultat de son opération.

Les règles étaient devenues normales, plutôt faibles, de deux jours de durée. Les anciennes pertes avaient disparu. Aucun malaise pelvien.

L'utérus, un peu incliné en arrière, ne présentait plus que 6 centimètres et demi de cathétérisme au lieu de 11 centimètres,

En un mot, le résultat obtenu avait été parfait.

REVUE ANALYTIQUE

De la technique de l'extirpation totale de l'utérus par la voie abdominale (Zur Technick der abdominalen Totalexstirpation des Uterus), par L. Landau (Berlin). *Cent. f. Gyn.*, 1897, nº 23, p. 689.

Landau estime que de tous les procédés d'extirpation des fibromes utérins, le sien compris, celui de Doyen est de beaucoup le meilleur toutes les fois qu'il n'est pas possible d'enlever les tumeurs par le vagin. Toutefois, il est un point de la méthode de Doyen fort critiquable, c'est la ligature en masse du ligament large et l'attraction dans le vagin, une fois les annexes excisées, des pédicules. Cette attraction des pédicules dans le vagin produit, en beaucoup de cas, des tiraillements fâcheux, en particulier sur le mésocôlon de l'S iliaque et par suite sur ce dernier organe. D'où la nécessité, soit d'abandonner, quand ils sont trop courts, les pédicules dans la cavité abdominale, soit de les amener dans le vagin au prix de tiraillements suffisants pour compromettre l'action péristaltique de l'intestin. Dans 2 cas, Landau put s'assurer que deux femmes opérées suivant la méthode de Doyen étaient mortes, en l'absence de toutes traces de péritonite et d'hémorrhagie, de paralysie intestinale.

Pour supprimer cette défectuosité opératoire, Landau, à l'instigation de son assistant Mainzer, résolut d'éviter toute formation de pédicule et toute ligature en masse ou partielle. Il adopta la technique suivante. Le 1er temps, exactement comme dans la méthode de Doyen. La femme étant dans la position de Trendelenburg, la tumeur est dégagée, puis retournée sur la symphyse pubienne, et le cul-de sac vaginal postérieur ouvert de haut en bas. On saisit ensuite la portion vaginale du col, qu'on amène dans la cavité abdominale, on la libère de tous côtés de ses attaches vaginales. Le col étant ensuite fortement attiré en haut se sépare presque spontanément de la vessie, tandis que le doigt du chichirurgien agissant, dans le tissu para-cervical, ouvre le plus haut possible le cul-de-sac antérieur. A ce moment, l'utérus ne tient plus qu'aux deux ligaments larges. L'assistant saisit un des ligaments larges entre deux doigts, et le chirurgien sectionne ce ligament tout près et le long de l'utérus. L'assistant interrompt la pression qu'il excerce sur le ligament le temps nécessaire pour que l'artère utérine

se révèle en donnant du sang. On la saisit dans une petite pince hémostatique, et on la lie immédiatement après. Les veines, quand elles saignent, sont également liées. L'artère utéro-ovarique est habituellement si peu développée, que d'ordinaire on ne la voit pas saigner. Il faut la lier au niveau de l'isthme tubaire sectionné. Mêmes manœuvres du côté opposé. L'utérus enlevé, suture continue au catgut de la médiocre fente péritonéale à partir de l'orifice vaginal jusqu'à l'isthme tubaire. Fermeture analogue de l'ouverture vaginale par une suture continue au catgut, l'aiguille traversant chaque fois le feuillet péritonéal postérieur, la paroi vaginale postérieure, la paroi vaginale antérieure, le feuillet péritonéal antérieur. Pas de drainage ni par en haut ni par en bas.

Lorsqu'il y a lieu d'enlever les annexes, on peut dès le principe, soit conduire l'incision au-dessous des annexes, soit parallèlement au côté de l'utérus, et, dans ce cas, une fois l'utérine liée, exciser secondairement les annexes et alors seulement lier l'utéro-ovarique. En général, si elles sont normales, mieux vaut laisser *in situ* les annexes, la suture péritonéale restant de ce fait courte.

Le point capital de la nouvelle méthode est dans la suppression de tout pédicule et de toute ligature en masse. Les avantages sur la méthode de Doyen sont : *a)* Vagin et cavité abdominale ne communiquent ni par des moignons ni par des fils ; *b)* pas de tractions fâcheuses sur l'intestin ; *c)* pas de pédicule abandonné dans le ventre.

« *Cette technique, ajoute Landau, dérive directement de la méthode géniale de Doyen. Tous ceux qui personnellement n'ont pas appliqué cette méthode de Doyen peuvent bien soulever contre elle des objections théoriques. Toutefois, j'ai l'espoir que bon nombre des partisans de l'hystérectomie abdominale totale verront dans la technique précédemment exposée un progrès désirable. A mon avis, elle représente le procédé définitif de l'extirpation abdominale totale.* »

R. Labusquière.

BIBLIOGRAPHIE

Technique chirurgicale, par E. Doyen, avec la collaboration du Dr G. Roussel et de M. A. Millot.

Ce livre est l'exposé de la méthode opératoire générale et des procédés personnels du Dr Doyen.

L'ouvrage est divisé en deux parties.

La première partie comprend la *Technique chirurgicale générale* avec

la description des installations du D[r] Doyen, et particulièrement de son nouveau lit d'opération et des divers appareils qui constituent le matériel antiseptique, les soins à donner aux malades avant et après l'opération, l'historique de l'hémostase et du morcellement.

La seconde partie comprend l'ensemble des *opérations gynécologiques*. Nous attirons particulièrement l'attention sur les chapitres qui se rapportent au traitement du vaginisme, des fistules vaginales, du redressement vaginal de l'utérus, qui sont absolument inédits, et à l'hystérectomie vaginale et abdominale, chapitres illustrés de nombreuses figures.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE TRIMESTRIEL

GYNÉCOLOGIE

Adolf Gessner. Bemerkungen zu Sänger's Vortrag " Ueber Erweiterung und Austastung des Uterus als Vorakt der Behandlung" in n° 7, d. Bl. *Centr. f. Gyn.*, 1898, n° 12, p. 298. — **Bacon**. Adhesions of the female prepuce. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, n° 3, p. 278. — **Borse**. The menstrual life of Woman. *Am. J. of Obst.*, décembre 1897, p. 799. — **Brink**. Ist ein Brandschorf ein Mittel gegen Infektion? *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 2, p. 52. — **Byron Robinson**. Relations of the rectum and genital organs in disease. *Med. Record*, vol. 53, n° 7, p. 225. — **Calmann**. Sensibilitatsprüfungen am weiblichen Genitale nach forensischen Gesichtspunkten. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LV, Hft. 2, p. 454. — **Crile (G.)**. Experimental research into surgical shock in abdominal and genito-urinary operation. *The Am. gyn. a. obs. J.*, 1898, n° 3, p. 265. — **Delagenière**. Les opérations pratiquées sur les ligaments de l'utérus (suite). *Archives provinciales de chirurgie*, février 1898, p. 65. — **Dudley**. Some remarks upon conservative surgery of the uterine appendages. *Am. Journ. of Obst.* New-York, janvier 1898, p. 14. — **Edwin B. Cragin**. The present status of vaginal operations for diseases of the pelvic organs. *Med. News*, janvier 1898, p. 129. — **Fischer**. Ueber Bauchbinden. *Cent. f. die gesammte Therapie*, mars 1898, p. 129. — **Gläser**. Ueber die Anwendung des Murphyknopfes an Stelle der Darmnaht. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 3, p. 215. — **Howard A. Kelly**. The hand basis in use in surgical operating rooms. *Am. J. Obst.*, février 1898, p. 188. — **Karl Bodon**. Die diagnostische Bedeutung der Bauchreflexes in der Gynækol. Anhang : Giebt es einen Kremasterreflex beim Weibe? *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 5, p. 115. — **Kaufmann**. Beitrag zu den retroperitonealen Geschwülsten. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 8, p. 204. — **Keogh**. The diagnostic value of microscopical examinations, especially of scrapings in uterine disease. *Am. J. Obst.*, février 1898, p. 170. — **Knauer**. Zur ovarien transplantation. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 8, p. 201. — **Neugebauer**. Ein praktischer Vorschlag

zur Erleichterung der operation Technik mancher mit Bauchschnitt verbundenen Gynækologisch Operationen. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 5, p. 120. — **Pantaloni**. Statistique des opérations pratiquées à Marseille en 1897. *Archives provinciales de chirurgie*, 1er février 1898, p. 121. — **Parvin**. The bacterium coli commune in relation to wound-infection diseases of women. *Am. J. of Obst.*, décembre 1897, p. 808. — **Picqué** et **Briand**. Du rôle de la nature de l'opération chirurgicale dans les psychoses post-opératoires. Discussion : Walther, Richelot. *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, 1898, p. 171, 216, 304. — **Pilcher (Lewis Stephen)**. A study of the cases of diseases of the female generative organs personally treated during ten years work in the methodist episcopal hospital in Brooklyn. *Annals of surgery*, Philadelphia, 1898, I, 150 et 333. — **Rau (L. S.)**. A subperitoneal lipoma mistaken for an incarcerated inguinal hernia and removed through the inguinal canal. *Am. J. Obst.*, février 1898, p. 227. — **Rühl**. Kritische Bemerkungen über Sterilisirung der Frauen mittels Durchschneidung resp. Resektion der Tuben. *Cent. f. Gyn.*, nº 8, p. 211. — **Sieur**. De l'intervention par la voie sacrée. *La Semaine gynécol.*, 1897, nº 41, p. 324. — **Weller Van Hook**. Emphysema of the Abdominal Wall after Laparotomy. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, nº 3, p. 298. — **Wiener (J.)**. The microscopical examination of uterine scrapings. *Am. J. Obst.*, février 1898, p. 145. — **William N. Swift**. Reports of cases of operations on the uterus and adnexa through the vagina : Duhrssen's Method. *The Boston med. a. surg. J.*, mars 1898, p. 244.

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE. — **Auvard**. Ueber Scheidentamponade. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 12, p. 303. — **Baruch**. Völlige. Atrophie des Uterus in Folge von Vaporisation. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 5, p. 113. — **Frank A. Glasgow**. Intra-uterine medication. *Am. J. Obst.*, février 1898, p. 198. — **Klein**. Lösliche Silberstäbchen zur Behandlung der katarrhalischen Endometritis, etc. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 11, p. 280. — **Ludwig Pincus**. Weiteres über Vaporisation und Vapokauterisation (Instrumentarium, Technik, Indikationen). *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 10, p. 257. — **Noble (Ch.)**. Some of the disadvantages of vaginal drainage for pelvic abscess. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, nº 3, p. 301. — **Nordhorff Jung**. The Thure-Brandt treatment in gynecology practically applied. *Am. J. of. Obst.*, novembre 1897, p. 832. — **Rensselaer**. The need of care in instrumental dilatation of the cervix uteri. *Am. J. of Obst.*, New-York, janvier 1898, p. 66. — **Sänger**. Ueber Erweiterung u. Austatung des Uterus als Vorakt der Behandlung. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 7, p. 169.

VULVE ET VAGIN. — **Howard. A. Kelly**. The preservation of hymen. *Am. J. of Obst.*, New-York, janvier 1898, p. 7. — **Malcolm Storer**. On vulvo-vaginitis in children. *The Boston med. a. surg. J.*, janvier 1898, p. 49. — **Pozzi**. De la colpotomie. *Semaine gynécologique*, Paris, 15 février 1898. p. 49. — **Ranglaret**. Corps étrangers du vagin. *Le Centre médical*, 1898, nº 8, p. 141.

DÉVIATIONS ET DÉPLACEMENTS DE L'UTÉRUS, PÉRINÉORRHAPHIE. — **Arnold W. W. Lea**. A case of chronic inversion of the uterus following abortion at four months. *The medical Chronicle*, Manchester, décembre 1897, 177. — **Boildy**. Acute strangulation of prolapsed uterus and vagina. *Am. J. Obst.*, février 1898, p. 230. —

Bejea. A case of acute septic infection and strangulation of completely prolapsed uterus. *Am. J. Obst.*, février 1898, p. 231. — **Bond**. A new method of ventro-fixation being a modification of Alexander's operation for retroversion and prolapse. *The Lancet*, février 1898, p. 429. — **Chavannaz**. Cloisonnement du vagin chez deux femmes âgées, atteintes de prolapsus utérin. *Gazette hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 2 janvier 1898, p. 5. — **Doléris**. Traitement chirurgical de la rétroversion (résultats de 86cas). *La Gynécologie*, 1898, nº 1, p. 17. — **Frank T. Andrews**. A new perineorraphy and posterior colporrhaphy. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, nº 3, p. 283. — **Kehrer**. Zur konservativ. operativen Behandlung der chronischen Inversio uteri. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 12, p. 297. — **Lea A. W. N.** A case of chronic inversion of the uterus following Abortion at four months. *Medic. chronicle*, t. 8, 1897, p. 177. — **Morisani**. La cura chirurgica dell prolasso dell' utero. *Annali di ost. e ginec.*, 1898, nº 1, p. 1. — **Nilson**. The treatment of retroposition of uteri in women. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1898, nº 3, p. 290. — **Perlis (W.)**. Zur Therapie der Chronischen totalen Uterusinversion. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 9, p. 235. — **Reynolds Wilson**. The anatomical points involved in Emmet's method of operating upon the peritoneum in lacerations of the second degree. *Am. J. of Obst.*, New-York, janvier 1898, p. 19. — **Sänger**. Zur Technik der Prolapsoperation. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 2, p.33. — **Schober**. Double cœliotomy for appendicitis and retroversio uteri ; intestinal paresis ; recovery. *Am. J. of Obst.*, mars 1898, p. 299. — **Siegfried Stocker**. Eine Modification der Colporrhaphia anterior. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 12, p. 308.

MÉTRITES, ULCÉRATIONS, ETC. — **Albert H. Ely**. Virginal and Senile Endometritis. *Am. J. Obst.*, février 1898, p. 204. — **Frederiq**. Perforations et pseudo-perforations utérines. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1898, nº 9, p. 164. — **Grant Baldwin**. The Early Diagnosis of Malignant Uterine Disease. *Med. News*, mars 1898, p. 300. — **Knapp**. Ueber die Berechtigung der Ausschabung der Gebarmütter bei verzögerter Rückbildung derselben in Wochenbette. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LV, Hft. 2, p. 414. — **Lehmann**. Zür Therapie der chronischen cervical-gonorrhoe. *Deutsch. med. Woch.*, nº 1, 1898, p. 5. — **Otto V. Franqué**. Ueber Endometritis, Dysmenorrhöe u. Abrasio mucosœ. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. XXXVIII, Hft. 1, p. 35. — **Ozenne**. Quelques remarques générales à propos du traitement des métrites. *Semaine gynéc.*, 11 janvier 1898, p. 9. — **Reynier (P.)**. De la métrite gonococcienne. *La Semaine gynéc.*, 1898, nº 12, p. 89. — **Rosenfeld**. Zur instrumentelle Perforation des Uterus. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 11, p. 278.

TUMEURS UTÉRINES, HYSTÉRECTOMIE. — **Baker**. Myomectomy for Fibroids. *The Boston Med. a. Surg. J.*, février 1898, p. 180. — **Bouilly**. Contribution à l'étude des grosses tumeurs fibro-kystiques de l'utérus. *La Semaine gynéc.*, 1898, nº 4, p. 26. — **Bumm**. Zur Technik der Uterusexstirpation. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 11, p. 273. — **Davies (J.)**. Extrusion of Uterine Fibroid. *British med. J.*, mars 1898, p. 618. — **Defontaine**. Hystérotomie sphinctérienne. *Archives provinciales de chirurgie*, 1er février 1898, p. 111. — **Dixon Jones**. Hysterectomy von Fibro-Myoma. *Annals of Gyn. a. Ped.*, février 1898, p. 321. — **Finet**. Hystérectomie abdominale totale pour gros–

sesse compliquée de fibromes. *Bull. Soc. Anat.*, 1898, p. 128. — **Goelet**. The surgical treatment of fibroïd tumors of the uterus. *Amer. Journal of Obstetr.* New-York, janvier 1898, p. 24. — **Haggard**. The necessity for early recognition and treatment of Carcinoma uteri. *Americ. J. of Obst.*, novembre 1897, p. 814. — **Henrotay**. Du traitement chirurgical du cancer utérin. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1898, n° 10, p. 195. — **Herzfeld (K.)**. Indikation zur Technik und zu den Erfolgen der vaginalen Totalexstirpation des Uterus und der Adnexe. *Wiener Mediz. Presse*, 1898, n° 6, p. 211; 258; 298; 334. — **Ingianni**. Tunnelizzasione dei tumori fibrosi dell' utero nell' isterectomia vaginale. *Annali di Ost. e Gynec.*, mars 1898, p. 235. — **Inverardi**. L'isterectomia vaginal nei fibromiomi dell utero. *Annali di Ost. e Gin.*, 1898, n° 2, p. 105. — **Ionnescu**. Histerectomia totala vaginala si abdominala. *Revista de Chirurg.*, Bucuresci, 1898, n° 10, p. 433. — **Jacobs**. La voie abdominale dans le cancer utérin. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1897, n°s 7 et 8, p. 131. — **Jacobs**. Ablation génitale abdominale dans le cancer utérin. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1898, n° 9, p. 160. — **Jacobs**. Ablation génitale abdominale et évidement du bassin dans le cancer utérin. *Revue de gyn. et de chirurg. abdomin.*, 1898, n° 1, p. 3. — **Jacobs**. Résultats tardifs de l'intervention abdominale dans le cancer utérin. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1898, n° 10, p. 193. — **Jacobs**. A propos d'un cas de fibrome dégénéré. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1897, n°s 7 et 8, p. 150. — **John Deaves**. Three cases of hysterectomy (fibroïd-paraovarian Cyst). *Amer. Journal of Obstetr.* New-York, janvier 1898, p. 42. — **Karl. A. Herzfeld**. Indikation z. Technik u. z. den Erfolgen der vaginalen Totalexstirpation der Uterus u. der Adnexe. *Wiener Medizin. Presse*, 1898, n° 10, p. 371. — **Laraya**. De la valeur thérapeutique de l'électricité. De la castration et de la ménaupose dans les tumeurs fibreuses de l'utérus. *Semaine gynécologique*, Paris, 8 février 1898, p. 43. — **Lauvers**. Du cancer du corps de l'utérus. *Bullet. de la Soc. belge de Gynéc. et d'Obst.*, 1898, n° 10, p. 177. — **Le Dentu**. Du traitement palliatif du cancer utérin. *Semaine gynécologique*, 18 janvier 1898, p. 17. — **Nasi (Carlo)**. Isterectomia cuneiforme per via vaginale nei casi di antiflessione e retroflessione della matrice. *La Clinica chirurgica*, Milano, 1898, p. 1. — **Palmer Findley**. Early Diagnosis of Carcinoma Uteri. *Medicine*, Detroit, Mich., janvier 1898, p. 1. — **Phillips (John)**. Case of ruptured uterus treated by abdominal hysterectomy. *Trans. of the obst. Soc.*, London, 1897, p. 260. — **Pichevin**. A propos de l'hystérectomie. *La Semaine gynécologique*, Paris, 4 janvier 1898, p. 1. — **Pichevin**. Cure radicale du cancer utérin. *La Semaine gynécologique*, 1898, n° 4, p. 25. — **Pichevin**. Epithélioma du col utérin au début. *La Semaine gynécologique*, 1898, p. 58. — **Réné Van Dam**. Du traitement des fibromes utérins par l'hystérectomie vaginale. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1898, n° 9, p. 168. — **Rouffart**. Intervention abdominale dans le cancer utérin. *Bullet. de la Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1898, n° 10, p. 189. — **Rouffart**. L'hystérectomie médiane antérieure vaginale appliquée au morcellement des fibromes intra-utérins. *Soc. belge de Gyn. et d'Obst.*, 1897, n° 7 et 8, p. 143. — **Russell**. Vaginal Implantation from Adeno-Carcinoma of the Uterus *Am. J. of Obst.*, mars 1898, p. 293. — **Seiffarl**. Vaginaler Kaiserschnitt mit angeschlossener Totalexstirpation eines carcinomatösen Uterus am Ende der Schwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 5,

p. 121. — **Sutton (Bland).** On abdominal hysterectomy for myoma of the uterus; with brief notes of twenty-eight cases. *Trans. of obst. Soc.* London, 1897, p. p. 292. — **Tate**. Three cases of pyometra complicating cancer of the cervix. *Trans. of the obst. Soc.* London, 1897, p. 323. **Vitrac.** Fibrome polykystique de l'utérus. *Semaine gynécologique.* Paris, 15 février 1898, p. 53. — **Wendel et Bailey**. Vaginal cœliotomy considered as an approach for the removal of multiple uterine myomata. *Medical Record.* New-York, 8 janvier 1898, t. II, p. 41. — **Werder.** A New Operation of the radical Treatement of Cancer of the Cervix, consisting of the Removal of the Uterus and Vagina en Masse by the Suprapubic Method. *Am. J. of Obst.*, mars 1898, p. 289.

INFLAMMATIONS PÉRI-UTÉRINES, AFFECTIONS NON-NÉOPLASIQUES DES TROMPES ET DES OVAIRES, DÉPLACEMENT DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS. — **Baldy.** Two cases of pelvic inflammatory disease in which the use of Murphy's button became necessary. *Amer. Journal of Obstetr.* New-York, janvier 1898, p. 45. — **Bouilly**. Appendicite et annexite. *La Semaine gynéc.*, 1897, nº 41, p. 321. — **Bouilly**. Des exsudats séreux juxta-utérins. *La Semaine gynécologique,* 1898, p. 65. — **Frank (L.)**. Bilateral Disease of the Uterine Appendages simulating Appendicitis. *Medecine,* Détroit, Mich., 1898, nº 3, p. 198. — **Franck und G. Orthmann.** Ein Fall von Tuberculose der Eileiter und Eierstöcke. *Berl. Klin. Woch.*, 1898, nº 6, p. 118. — **James Oliver**. Some Cases of Pelvic Suppuration. *British med. J.*, février 1898, p. 489. — **Legueu** et **L. Chabry**. De la torsion des salpingites. *Revue de gyn. et de chir. abdomin.*, 1898, nº 1, p. 11. — **Yeatman Wardlow**. Suppurative Condition in the Female Pelvis. *The Am. gyn, a. Obst. J.*, 1898, nº 3, p. 306.

NÉOPLASMES DE L'OVAIRE, DE LA TROMPE, DES ORGANES PÉRI-UTÉRINS; OVARIOTOMIE. — **Bastamente**. Quiste dermoideo del Ovario. *Gacetta med. de Caracas,* 1897, nº 14, p. 133. — **Bégouin** et **Fieux**. Torsion du pédicule d'un kyste du ligament large *Gazette hebd. de Sc. méd.*, 16 janv. 1898, p. 32. — **Beyea**. The Enucleation of a paraovarian Cyst without Removal of its Tube or Ovary. *Am. J. of Obst.*, mars 1898, p. 310. — **Chavanaz**. Dégénérescence épithéliomateuse d'un kyste dermoïde de l'ovaire. *Gaz. hebd. des Sc. méd.*, Bordeaux, février 1898, p. 65. — **D'Arcy Power**. A case of Successful Ovariotomy in a Child four Months old. *British med. J.*, mars 1898, p. 617. — **Doran (A.)**. On the management of true and false capsules in ovariotomy. *Trans. of the obst. Soc.*, London 1897, p. 265.— **Edwards Reynolds**. A case of oophorectomy. *The Boston med a. surgical Journal,* 23 décembre 1897, t. CXXXVII, p. 647. — **Féliciano Hernandez**. Quiste del ovarico, Casos operados con exito. *Cronica med. mexicana,* 1898, nº 7. — **George Blumer**. A case of adenomyoma of the round ligament. *Amer. Journal of Obstetr.*, New-York, janvier 1898, p. 37. — **Hofbauer**. Ueber primäres Tubencarcïnom. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LV, Hft. 2, p. 316. — **Jos Godart**. Quelques cas d'ovaro-salpingectomie par la voie vaginale et la voie abdominale. *La Policlinique,* 1898, nº 4, p. 60. — **Mauclaire** et **Pilliet**. Cystome papillaire de l'ovaire. *Bull. Société anatomique*, 1898, p. 102. — **Potherat** et **Lenoble**. Myxome des deux ovaires : Infiltration œdémateuse de l'ovaire gauche due à une torsion du pédicule; phénomène de péritonisme. *La Gynécologie*, 1898, nº 1, p 48. — **Shoemaker (G. E.)**. Ovarian Cyst of Unusual Shape and History., *Am. J. Obst.*, février 1898, p. 236.— **Trouati.** Contributo allo

studio dell' endothelioma dell' ovaio. *Annali di Ostet. e Ginec.*, mars 1898, p. 201. — **Vineberg**. Fibro-sarcoma of the Left Ovary. *The Americ. Gyn. a. Obst. J.*, New-York, 1897, nº 6, p. 699.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Pantaloni**. Trois cas de grossesses extra-utérines opérées par des procédés différents et suivies de guérison. *Archives provinciales de chirurgie*, 1er février 1898, p. 82.

ORGANES URINAIRES. — **Fraisse**. Note sur la topographie de la vessie et des uretères chez la femme. *Semaine gynécolog.*, 1898, p. 73. — **Hermann Schiller**. Drei falle von Darmscheidenfisteln entstanden bei Klemmenbehandlung und ihre Verhütung. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. XXXVIII, Hft. 1, p. 26. — **Neumann**. Zur Technik des gesonderten Aussaugens der Urins beider Nieren beim Weibe. *Deutsch. med. Woch.*, 1897, nº 53, p. 856. — **Noble (Ch. P.)**. Operation for the Restoration of the Urethra and for the Closure of a Vesico-vaginal Fistula involving the Neck of the Bladder. *Am. J. of Obst.*, mars 1898, p. 306. — **Richardson**. A Case of Restoration of the Female Urethra and Closure of the Bladder, after extensive Laceration. *Boston Med. a. Surg. J.*, 1898, nº 9, p. 202.

CHIRURGIE ABDOMINALE. — **Anna Fullerton**. A Clinical Study of two Cases of abdominal Section. *The Am. Gyn. a. Obst. J.*, N.-York, 1897, nº 6, p. 656. — **Baldy**. A Case of Bowel obstruction following an abdominal Section. *Am. J. of Obst.*, mars 1898, p. 314. — **Burrage**. Some Results of the Postural Method of Draining the Peritoneal Cavity after abdominal Opérations. *Annals of Gynec. a. Ped.*, 1898, nº 4, p. 256. — **Burrage**. Some Results of the Postural Method of Draining the Peritoneal Cavity after abdominal Operations. *The Boston med. a. surg. J.*, janvier 1898, 52. — **Chambers**. A Report on fifty-one Intraperitoneal Operations, suprapubic and vaginal with Technique. *Med. Record*, mars 1898, p. 388. — **Frederick Treves**. Abdominal Section, as a medical Measure. *British med. J.*, mars 1898, p. 601. — **Garland Sherrill**. Sinus or fistula following abdominal Operations. *Medicine*, Detroit, Mich., février 1898, p. 109. — **Henry (W. O.)**. Some practical Points in abdominal Section. *Am. J. Obst.*, février 1898, p. 214. — **Lapthorn Smith.** Experiences of two hundred a. forty-eight Cases of abdominal Surgery. *Annals of Gynec. a. Ped.*, janvier 1898, p. 270. — **Lapthorn Smith**. Experience of two hundred and forty-nine abdominal Section. *Amer. Journal of Obstetr.*, New-York, janvier 1898, p. 50. — **Largeau.** Chirurgie du mésentère et des épiploons. *Gaz. méd. de Paris*, 1898, nº 2, p. 16. — **Largeau**. Quelques mots sur la chirurgie de la paroi abdominale. *Gaz. méd. de Paris*, février 1898, p. 63; 135.

OBSTÉTRIQUE

ACCOUCHEMENT. — **Bloc**. *Du siège décomplété, mode des fesses.* Th. Paris, nº 356, 1897. — **Ferroni**. Il parto podalico nella clinica ostetrica di Pavia. *Annali di Ost. e. Gin.*, 1898, nº 2, p. 171, 242. — **Fieux**. Note relative au dégagement transversal ou oblique de la tête fœtale. *Gaz. hebd. des sc. méd.*, Bordeaux, 1898, nº 7, p. 75. — **Galca (G. S.)**. *De la délivrance dans l'accouchement à terme ou près du terme avec enfant vivant*. Th. Paris, nº 95, 1897. — **Jellinghaus**. Zur Hecker'schen Ætiologie der Gesichtslagen. *Cent. f. Gyn.*, 1898, nº 9, p. 231. — **Maire (L.)**. *De la conduite à tenir en présence des mento-posté-*

rieures engagées. Th. Paris, 1897. — **Morley Currie**. The relation of the uterine contractility to flexion and extension of the fetal head. *Amer. Journal. of Obstetr.*, New-York, janvier 1898, p. 1.

ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET BACTÉRIOLOGIE OBSTÉTRICALE. — **Byron Robinson**. History of the theory of the primitive germ Layers. *Annales of ginec. a. ped.*, février 1898, p. 342. — **Frœnkel** (**L.**). Vergleichende Untersuchungen des Uterus und chorionepithels. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LV, Hft. II, p. 269. — **Webster**. The Changes in the uterine mucosa during pregnancy and in the attached fœtal structures. *The Am. gyn. a. obst. J.*, 1897, n° 6, p. 666. — **Werth u. Grusdew**. Untersuchungen über die Entwicklung u. Morphologie der menschlichen Uterusmusculatur. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LV. Hft. 2, p. 325

GROSSESSE. — **Capart**. *De l'allaitement pendant la grossesse*. Th. Paris, n° 146, 1898. — **Vaquez** et **Millet**. Du cœur dans la grossesse normale. *Presse médicale*, Paris, 2 février 1898, p. 61.

GROSSESSE MULTIPLE. — **Lantos**. Hydramnios bei Drillingschwangerschaft. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 11, p. 282.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — **Anna Fullerton**. Two cases of ectopic gestation. *The Philadelphia polyclinic*, mars 1898, p. 121. — **Balleray**. The early diagnosis and treatment of extra-uterine pregnancy. *Med. News*, janvier 1898, p. 135. — **Bouilly**. Notes sur la grossesse extra-utérine. *La Gynécologie*, 1898, n° 1, p. 1. — **Earnest**. A case of extra-uterine pregnancy operated at the Seventh Month. *Annals of gynec. a. ped.*, janvier 1898, p. 254. — **Fehling**. Die Bedeutung der Tubenruptur und des Tubaraborts für Verlauf, Prognose und Therapie der Tubarschwangerschaft. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. XXXVIII, Hft. 1, p. 67. — **Jacobs**. Un cas de grossesse extra-utérine tubaire droite, avec annexite kystique gauche et tumeur abdominale. *Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1897, n°s 7 et 8, p. 148. — **Paul Swain**. Ectopic gestation. *The Edinburgh medical Journal*, janvier 1898, p. 36. — **Royster**. A case of combined intra and extra-uterine pregnancy at term. *Americ. J. of Obst.*, décembre 1897, p. 820. — **Schoolfield**. Two cases of ectopic pregnancy. *Am. J. of. Obst.*, mars 1898, p. 318.

DYSTOCIE. — **Audebert**. Étude sur la grossesse et l'accouchement après l'amputation du col. *La Semaine gynécolog.*, février 1898, p. 34. — **Brulin** (**F.**). *Bassin à forme double oblique ovalaire chez les rachitiques*. Th. de Paris, n° 165, 1898. — **Jellinghaus**. Zur Casuistick des spondilolisthetischen Beckens. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LV, Hft. 2, p. 439. — **Lefour** et **Gibert**. Bassin coxalgique. Tuberculose pulmonaire. Hémoptysie foudroyante. Accouchement artificiel par les voies naturelles. Enfant mort. *Gaz. hebdom. des Sc. méd.*, Bordeaux, 1898, n° 9, p. 99. — **Lorain**. Fibromes et accouchements. *La Revue méd.*, mars 1898, p. 73. — **Mc Kerron**. The obstruction of labour by ovarian tumours in the pelvis. *Trans. of the obst. Soc.*, London, 1897, p. 334. — **Pichevin**. Amputation du col et accouchement. *La Semaine gynécolog.*, février 1898, p. 33. — **Planchon** (**P.**). *Présentations de l'épaule, étude étiologique*. Th. de Paris, n° 164, 1898. — **Pozzi**. Traitem. de l'infection post-abortum. *Semaine gynécologique*, 1898, p. 57.

NOUVEAU-NÉ, FŒTUS, TÉRATOLOGIE. — **Both**. Ein Fall von

Hernia funiculi umbilicalis besonderer Art. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. XXXVIII, Hft. 1, p. 1. — **Friedrich v. Friedländer**, Abnorme Epithelbildung im kindlichen Uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. XXXVIII, Hft. 1, p. 8. — **Harold (J.)**. Case of congenital deficiency of the chest, wall with cardiac disease. *The Lancet*, février 1898, p. 499. — **Kravetz**. *La vie, la mort du nourrisson*. Th. Paris 1897, n° 94. — **Milwaukee**. Infant mortality and infant feeding. *Am. J. Obst.*, février 1898, p. 19. — **Payson Clark**. Complete congenitale occlusion of the posterior nares ; report of a case. *The Boston med. a. surg. J.*, février 1898, p. 171. — **Robert Meyer**. Zur Entstehung des doppelten Uterus. *Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.*, 1898, Bd. XXXVIII, Hft. 1, p. 16. — **Stone**. The infantile uterus. *Am. J. of Obst.*, New-York, janvier 1898, p. 30. — **Touglet et Keiffer**. Un cas de monstre rhynocyclocéphalien. *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1898, n° 9, p. 156.

OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. — **Boyd**. Two successful cæsarean sections. *Am. J. of Obst.*, mars 1898, p. 321. — **Bonardi**. Taglio lateralizzato del pube col filo-segogigli. *Ann. di Ost. et Gin.*, janvier 1898, p. 85. — **Cameron (Murdoch)**. A successful case of cæsarean section : eight craniotomies previously. *Brit. med. J.*, 1898, I, 20. — **Carstens**. Two cases of cesarean section. *Am. J. Obst.*, février 1898, p. 222. — **Duque de Estrada**. Aborto provocado. *Cronica med. mexicana*, 1898, n° 8, p. 173. — **Duque de Estrada**. La embriotomia en la casa de maternidad. *Chronica medica mexicana*. Mexico, 1897, t. I, p. 32 et 49. — **Eduard Clemenz**. Sectio cæsarea conservativa mit querem Fundalschnitt nach Fritsch (wegen carcinoma). *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 10, p. 249. — **Edward P. Davis**. Cesarean section and symphyseotomy with report of cases. *Am. J. Obst.*, février 1898, p. 218. — **Müller**. Ueber den Fundalschnitt bei der Sectio Cæsarea. *Cent. f. gyn.*, 1898, n° 9, p. 225. — **Pons**. Des différents procédés d'avortement artificiel. *Revue internat. de méd. et de chir.*, 10 janvier 1898, p. 1. — **Pozzoli**. Sulla sinfisiotomia. *Ann. di Ost. e Gin.*, janvier 1898, p. 1. — **Saft**. Eine neue methode der Anwendung des glycerine zur Einleitung der Künstlichen Frühgeburt. *Deutsch. med. Woch.*, n° 3, 20 janvier 1898, p. 35. — **Sava (E.)**. Alcuni casi di applicazione di uncino acuto per varie indicazioni. *Archivio di ost. e ginec.*, 1898, n° 2, p. 88. — **Smallwood Savage**. Successful case of Porro's operation in a dwarf. *The Lancet*, février 1898, p. 365.

PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DES SUITES DE COUCHES. — **Barreiro (M.)**. Relaciones de las enfermedades del corazon con el embarazo, el parto y el puerperio. *Cronica med. Mexicana*, 1898, n° 8, p. 169. — **Bossi**. Contributo allo studio della frequenza, delle cause e dell trattamento dell'aborto. *Annali di Ost. e Gin.*, 1898, n° 2, p. 139. — **Caillard**. *Du pronostic de l'albuminurie survenant pour la première fois chez une multipare*. Th Paris, n° 96, 1897. — **Duchamp**. Vomissements graves de la grossesse et intervention par l'avortement provoqué. *La Loire médicale*, 1898, n° 1, p. 1. — **Farraud (E. M.)**. Diseases complicating pregnancy. *Americ. J. of Obst.*, décembre 1897, p. 827. — **Fieux**. Prurit vulvaire pendant la grossesse. *Gazette hebd. des Sc. méd.*, 16 janvier 1898, p. 33. — **Forman**. De l'expulsion de l'œuf en bloc dans le dernier trimestre de la grossesse. *La Revue médicale*, janvier 1898, p. 25. — **Franz**. Un caso di laparotomia per utero capovolto e compresso in 7e mesedi gravidanza. *Riforma medica*, 1898, t. I, p. 196. —

Fraser (Ch.). A case of puerperal septicæmia. *The Lancet*, février 1898, p. 496. — **Gmeiner**. Ein Fall von Mastdarm-verletzung oberhalb des Schliefsmuskels bei spontaner Geburt. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 10, p. 253. — **Keifer**. Recherches cliniques et anatomiques sur la môle hydatiforme. *Bullet. de la Soc. belge de gyn. et d'obst.*, 1897, n° 7 et 8, p. 124. — **Kershaw**. A case of puerperal fever treated with anti-streptococcic serum. *The Lancet*, mars 1898, p. 784. — **Macedonio**. Craniorachisis ed anfalocele in gravidanza polidramniotica. *Archivio di ost. e. ginec.*, 1898, n° 2, p. 73. — **Martin u. Curran**. Primary treatment of post-partum hemorrhage. *Med. Record*, vol. 53, n° 7, p. 222. — **Meulin**. Accès éclamptiques chez une femme enceinte de sept mois. *La Loire médicale*, mars 1898, p. 66. — **Michæl Poroschin**. Zur Aetiologie der spontanen Uterusruptur während Schwangerschaft u. Geburt. *Cent. f. Gyn.*, 1898, n° 7, p. 183. — **Parquet**. *Contribution à l'étude de la mort subite et de la mort rapide dans les suites de couches*. Th. Paris, n° 395, 1897. — **Reynolds Wilson**. An instance of Sudden death during labor from chronic adhesive pericarditis, *The Philadelphia polyclinic*, mars 1898, p. 127. — **Rivron (M.)**. *De la rupture du sinus circulaire*. Th. Paris, 1897. — **Schenk**. Die Beziehungen des Bacterium coli zur Entstehung von Wochenbettfieber. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LV. Hft. 2, p. 429. — **Trueman**. Puerperal Eclampsia. *Annals of ginec. a. Ped.*, février 1898, p. 351.

THÉRAPEUTIQUE, ANTISEPSIE, APPAREILS ET INSTRUMENTS. — **Beuttner**. Contribution à la technique du curettage et de l'introduction de gaze dans l'utérus après avortement incomplet. *Revue méd. de la Suisse romande*, p. 11 janvier 1898, n° 1. — **Clark**. Use of antitoxin in two cases of puerperal sepsis. *The Boston med. a surgical Journal*, 13 janvier 1898, p. 25. — **Fieux**. Curettage répété dans l'infection puerpérale. *Gazette hebd. des sc. méd.*, Bordeaux, 2 janvier 1898, p. 6.

VARIA. — **Anastasiadès**. Application de la phonendoscopie au cours de la grossesse. *La Presse médic.*, février 1898, p. 88. — **Brenucat**. *Etude historique sur l'enseignement obstétrical en Bretagne et principalement à Rennes*. Th. Paris, n° 105, 1897. — **Consentino**. Rendiconto della clinica ostetrico-ginecologica dell ospedale S. Francesco Savero. *Annali di ost. e ginec.*, 1898, n° 1, p. 37, 65. — **Decio**. Cenno storico-critico-confermativo della priorita di una peculiare giacitura delle partorienti. *Annali di ost. e gin.*, mars 1898, p. 217. — **Gardiner**. Maternal Impressions. *Am. J. Obst.*, février 1898, p. 211. — **Lop**, Des infections maternelles, de leur influence sur la santé du fœtus. *Gaz. des hôpitaux*, 1898, n° 9, p. 73. — **Meinert**. Fall. von Tetanie in der Schwangerschaft, entstanden nach Krapfoperation. *Arch. f. Gyn.*, 1898, Bd. LV, Hft. 2, p. 446. — **Playfair**. A valedictory lecture on the progress of obstetrics and gynæcolog., *British med. J.*, mars 1898, p. 741. — **Richard d'Aulnay**. Un cas de tolérance de l'utérus gravide avec phases médicales et extra-médicales diverses. *Revue intern. de méd. et de chirurg.*, 1898, n° 3, p. 39. — **Rosenberg (J.)**. *Nil Nocere* in Obstetrics. *Med. News*, janvier 1898, p. 97. — **Sage**. Les cas de maternité précoce. *Semaine médicale*, Paris, 9 février 1898, p. 54.

Le Gérant : G. Steinheil.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Mai 1898

TRAVAUX ORIGINAUX

DE L'APPENDICITE DANS SES RAPPORTS AVEC LA PUERPÉRALITÉ

Par le professeur **A. Pinard.**

Le 14 décembre 1897, une jeune femme de vingt-cinq ans (1), enceinte pour la première fois de six mois environ — dernières règles le 30 juin — n'ayant aucun passé médical, se promenant dans Paris avec son mari, éprouva brusquement une douleur d'abord très vive au niveau de la région épigastrique, puis s'irradiant bientôt dans toute la région abdominale avec prédominance dans la fosse iliaque droite et la région lombaire. Rentrée avec peine chez elle, les vomissements ne tardèrent pas à se montrer, alimentaires d'abord, puis bilieux et porracés le lendemain. Un médecin fut appelé, qui conseilla des injections chaudes, des cataplasmes et des lavements laudanisés. Le ventre se ballonna et la constipation, qui n'existait pas avant, se montra opiniâtre, malgré l'ingestion de purgatifs. Cet état dura, avec des alternatives de calme et d'excitation, jusqu'au 19 décembre, jour où la malade fut amenée à la clinique Baudelocque.

A son entrée, mon chef de clinique, M. le Dr Baudron, cons-

(1) Communication à l'Académie de médecine, 22 mars 1898.

tate un ballonnement considérable du ventre avec circulation collatérale très apparente de la paroi au niveau de la région iliaque droite. A la palpation, le ventre est douloureux dans toute la région épigastrique, surtout à droite. Point de Mac Burney très net. Le palper permet de délimiter une tumeur dont la limite supérieure effleure l'ombilic; cette tumeur se contracte sous la main : c'est l'utérus. Les anses intestinales distendues, refoulées dans la partie supérieure de la cavité abdominale, donnent à la percussion une sonorité considérable. Le toucher démontre la présence du col ramolli, un peu effacé ; au centre de l'excavation, et dans le cul-de-sac antérieur, on perçoit le battement vaginal. Rien d'anormal dans le cul-de-sac.

L'auscultation fait percevoir nettement les pulsations du cœur fœtal. Le pouls maternel était à 120 et la température à 37°,2. Le soir, la température s'éleva seulement à 37°,8. Traitement : injections sous-cutanées de morphine. Glace intus et extra. Je vis le lendemain matin la malade, sa situation n'avait pas changé. Le pouls était à 120, la température à 37° ; mais le facies était grippé, et le ballonnement du ventre extrêmement accusé. Je portai le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée et je pensai qu'un seul traitement pouvait offrir une chance de guérison : l'intervention chirurgicale.

Toutes les dispositions furent prises pour cela et, à 3 heures du soir, la température étant toujours à 37° et le pouls à 120, et la malade ayant été soumise à l'anesthésie chloroformique, mon collègue Segond pratiqua une incision de 6 centimètres, parallèle à l'arcade de Fallope, au niveau de la région cæcale. A l'ouverture du péritoine, il s'écoula un flot de pus extrêmement fétide, au milieu duquel nageaient l'ovaire et la trompe très congestionnés. Les doigts introduits à travers l'incision plongent dans un vaste foyer rétro-cæcal et reconnaissent que le pus, libre dans la cavité péritonéale, contourne l'utérus repoussé en avant et existe en abondance dans la fosse iliaque gauche.

Pour cette raison, M. Segond pratique à gauche une incision analogue à l'incision droite. Il s'écoule encore une notable quan-

tité de liquide séro-purulent odorant, mais moins fétide que le pus qui remplissait la fosse iliaque droite. Les annexes gauches nagent dans ce liquide et apparaissent entre les lèvres de l'incision. On place de chaque côté deux drains en canon de fusil, dont les extrémités profondes se réunissent dans le cul-de-sac de Douglas, et par ces drains on fait passer de l'eau bouillie jusqu'au moment où cette eau revient absolument claire. Pansement à la gaze stérilisée à plat. Durée de l'intervention, vingt minutes.

Dans la soirée, apparition de contractions utérines douloureuses. Température, 38°,2 ; pouls, 150. Expulsion du fœtus le 21, à 4 h. 30 du matin. Délivrance naturelle. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie et les vomissements n'ont pas reparu après l'opération, mais le pouls devint de plus en plus fréquent et petit, et malgré les injections d'éther et de caféine, l'affaiblissement progressa, et la malade mourut à 1 h. 45 du soir.

Autopsie (pratiquée en ma présence par M. le Dr Wallich, mon chef de laboratoire). — L'autopsie complète n'a pu être faite, mais on a pu examiner l'abdomen, en réunissant les deux incisions de la laparotomie.

On constate des adhérences nombreuses sur l'utérus et l'intestin. Dans la fosse iliaque droite, l'intestin est, pour ainsi dire, maçonné dans des adhérences. Au niveau du cæcun, l'appendice iléo-cæcal est adhérent, accolé au cæcum. Cet appendice mesure 7 centimètres ; il présente deux perforations : l'une au voisinage de l'insertion du cæcum, l'autre à 3 centimètres au-dessous.

L'autopsie de l'enfant n'a pu être pratiquée, *mais le sang recueilli dans un des vaisseaux du cordon et ensemencé a fourni des cultures pures de colibacille.*

Bien que l'examen bactériologique n'ait pas été pratiqué sur les organes maternels, il est bien vraisemblable d'admettre qu'il y avait du colibacille dans la cavité péritonéale, par suite de la perforation intestinale.

Voici donc un nouveau cas qui vient s'ajouter à d'autres déjà nombreux, pour démontrer combien Paul-F. Mundé a eu raison en publiant le premier cas bien étudié d'appendicite pendant

la grossesse (in *Medical Record*, 1er décembre 1894), d'appeler l'attention des accoucheurs et des gynécologistes sur les rapports que peut présenter l'appendicite dans la puerpéralité.

C'est depuis cette époque seulement que l'appendicite a été le sujet des recherches et des publications en Amérique, où les observations n'ont pas tardé à se succéder. Déjà des travaux importants — parmi lesquels il faut surtout citer le mémoire de Mundé, paru l'année dernière (in *The Medical News*, New-York, 15 mai 1897, n° 20), et celui de R. Abrahams (in *American Journal of Obstetrics*, janvier, février, juin 1897, vol. XXXV), où sont recueillis et analysés de nombreux matériaux, — permettent d'envisager l'étendue de la question.

En France, où on a fait de l'appendicite une étude si magistrale et si complète, où notre collègue Dieulafoy a, comme Mundé en Amérique, donné le branle, en appelant, lui aussi, soit à l'Académie, soit dans ses leçons, l'attention des médecins sur les rapports de l'appendicite avec la grossesse, en France, dis-je, les observations commencent à se multiplier.

Sous l'inspiration du professeur Poncet, une thèse intéressante a été soutenue à la Faculté de Lyon, par le Dr Gaston Bouillier, l'année dernière (1). Cette thèse renferme des observations inédites dues à MM. Laroyenne, Vinay et Bouveret. M. Vinay a publié dans le *Lyon médical*, le 2 janvier 1898, un mémoire sur l'appendicite au cours de la grossesse et pendant les suites de couches. Il rapporte en détail l'histoire de quatre femmes atteintes d'appendicite pendant la période puerpérale (2 fois pendant la grossesse et 2 fois pendant les suites de couches) et fait suivre ces observations de considérations très intéressantes concernant l'évolution et la marche de l'appendicite, survenant dans ces conditions spéciales.

A Paris, aux observations rapportées par M. Dieulafoy, sont venues se joindre celles de Le Gendre et de Tuffier. Une thèse a été tout récemment soutenue (le 13 janvier 1898) par le Dr Georges Jarca.

(1) *De l'appendicite pendant la grossesse*. Lyon, 1897.

Dans cette thèse se trouvent trois observations inédites, dues à MM. Maygrier et Budin.

Dans les sociétés médicales, cette question est à l'ordre du jour, et dans le cours des discussions, des observations sont citées. C'est ainsi qu'en compulsant ce qui a paru, j'ai pu rassembler, en y comprenant la mienne, 45 observations.

On le voit, il se passe, pour l'appendicite, ce qui s'est passé pour la grossesse extra-utérine. Sans vouloir dire, en aucune façon, que la fréquence de ces deux maladies soit la même, il faut reconnaître que si, il y a vingt ans, on ignorait la fréquence de la grossesse extra-utérine ; si, il y a dix ans, les médecins et les chirurgiens n'avaient que de vagues rapports avec l'appendicite, hier encore, les accoucheurs ne se doutaient pas que cette terrible affection pût venir compliquer la puerpéralité.

Je n'ai nullement l'intention de soulever ici des questions de doctrine. La pathogénie, l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic, le pronostic et le traitement de l'appendicite ont été traités ici et ailleurs avec une compétence à laquelle je ne saurais prétendre.

Mon but est beaucoup plus modeste et beaucoup plus restreint. Me plaçant à un point de vue clinique particulier, je veux simplement envisager aujourd'hui ce que présente de spécial l'appendicite quand elle complique ou vient compliquer la puerpéralité. Même ainsi limitée, mon étude ne pourra être que rudimentaire, car les observations, quoique nombreuses déjà, ne sont pas suffisantes pour permettre de porter sur bien des points de cette histoire un jugement définitif.

Le seul fait bien établi aujourd'hui, qui doit éveiller dès maintenant l'attention des médecins en général et des accoucheurs en particulier, est le suivant : *L'appendicite peut compliquer la puerpéralité dans toutes ses périodes, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, soit pendant les suites de couches.* 32 cas opérés ou suivis d'autopsie prouvent cette assertion.

Ces observations démontrent que la grossesse peut être troublée par l'appendicite dès les premières semaines, pendant

A. — Cas

Nos	OPÉRATEURS ET DATES	PÉRIODE DE LA PUERPÉRALITÉ	ÉTENDUE DES LÉSIONS
1	STIMSON. — *New-York J.*, 1890, p. 449.....	3e mois.	Périt. enkyst.
2	MIXTER. — *Bost. med. and. surg. J.*, 1891, p. 97.	7e mois.	Périt. enkyst.
3	MUNDÉ. — *Med. Rec.*, 1894, p. 678........	8e mois.	Périt. enkyst.
4	MUNDÉ. — *Med. Rec.*, 1895, p. 609........	9e mois.	Périt. enkyst..
5	MUNDÉ. — (Cité par ABRAHAMS, *loc. cit.*)...	5e mois.	Périt. enkyst.
6	MAC ARTHUR.— *Amer. J. of Obst.*, 1895, p. 185.	4 mois 1/2.	Périt. enkyst.
7	MAC ARTHUR. — (*Ibid.*)................	5e mois.	Périt. enkyst.
8	HARRISSON. — *Med. Rec.*, 1895, p. 29....	5e mois.	Périt. enkyst.
9	HIRST. — *Amer. J. of Obst.*, 1896, p. 253..	4 mois 1/2.	Périt. génér.
10	NOBLE. — *Amer. J. of Obst.*, 1896, p. 253..	Au moment du travail.	Périt. enkyst.
11	HOWARD CRUTCHER.—*Med. Rec.* 1896, p. 461.	2 mois 1/2.	Périt. génér.
12	MARX. — *Med. Rec.*, 1896, p. 461.........	9e mois.	Périt. enkyst.
13	JARMAN. — (*Ibid.*)......................	4 mois 1/2.	Périt. enkyst.
14	WINEBERG. — (*Ibid.*)....................	8e mois.	Périt. enkyst.
15	PENROSE. — *Amer. J. of. Obst.*, 1896, p. 253.	3e mois.	Périt. enkyst.
16	PENROSE. — (*Ibid.*).....................	3e mois.	Périt. enkyst.
17	ABBE. — *Med. Rec.*, 1897, p. 347.........	7e mois.	Périt. génér.
18	ABRAHAMS. — *Amer. J. of. Obst.* 1897, p. 205.	3e mois.	Périt. génér.
19	ABRAHAMS. — (*Ibid.*)...................	8e mois.	Périt. enkyst.
20	BLACK. — *Ann. of Gyn. and Pæd.*, 1897, p. 525.	Grossesse extra-utérine des premiers mois.	Périt. enkyst.
21	WILLIAM BULL. — *Med. Rec.*, 1897, p. 347.	4e mois.	Périt. génér.
22	LAROYENNE. — *Th. de Bouillier*, p. 51....	3 mois 1/2.	Périt. enkyst.
23	LE GENDRE. — *Rev. d'obstétr. et de Péd.*, 1897, p. 200.	2 mois 1/2.	Périt. enkyst.
24	TUFFIER. — (*Ibid.*), p. 206...............	4e mois.	Périt. enkyst.
25	VINAY. — *Lyon méd.*, 1898, p. 1..........	4 j. après l'accouchem.	Périt. enkyst.
26	BUDIN. — *Th. de Jarca*, 1898, p. 52.......	5e mois.	Périt. génér.
27	MAYGRIER. — *Ibid.*, p. 47...............	6e mois.	Périt. génér.
28	PEYROT. — (*Inédit*).....................	3e mois.	Périt. enkyst.
29	PINARD..................................	5e mois.	Périt. génér.
30	DIEULAFOY. *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu.*	20 j. après l'accouch.	Périt. génér.

toute sa durée, de même que l'appendicite peut venir compliquer la fin de la dernière période puerpérale (vingt jours, obs. Dieulafoy ; vingt-huit jours, obs. Lepage) après l'accouchement.

opérés.

NATURE DE L'OPÉRATION		RÉSULTATS POUR LA MÈRE		RÉSULTATS POUR LE FŒTUS		
INCISION SIMPLE	ABLATION	GUÉRISONS	MORTS	AVORTEMENT	VIVANTS	MORTS
»	Ablation.	G.	»	?	?	?
»	Ablation. 3 m. ap. l'ac.	G.	»	»	»	M.
»	Ablation.	G.	»	»	»	M.
»	»	»	M.	»	»	M. Monstre anencéph.
Incis. et drain.	»	»	M.	?	»	»
»	Ablation.	»	M.	Avortem. fœtus mort.	»	»
Incis. et drain.	»	»	M.	Avortem.	»	»
Incis. et drain. 6 j. ap. l'av.	»	G.	»	Avortem.	»	»
Incis. et drain.	»	G.	»	»	V.	»
Incis. et drain. 18 j. ap. l'acc.	»	G.	»	»	V.	»
Incis. et drain.	»	»	M.	Avortem.	»	»
Incis. et drain.	»	G.	»	»	V.	»
Incis. et drain.	»	G.	»	»	V. à terme.	»
Incis. et drain.	»	G.	»	»	?	?
Incis. et drain.	»	G.	»	»	V. (?).	»
»	Ablation. 6 m. ap. l'av.	G.	»	Av. prov. à 3 mois 1/2.	»	»
Incis. et drain.	»	G.	»	»	V. à terme.	»
Incis. et drain. (ap. par Mundé 11 j. ap. l'acc.).	»	»	M.	Avortem.	»	»
Incis. et drain.	»	»	M.	»	»	M.
6 j. ap. l'acc.	Ablation.	G.	»	»	»	»
»	»	G.	»	?	?	?
Incis. et drain.	»	G.	»	»	V. à terme.	»
Incis. et drain.	Ablation.	G.	»	La grossesse continue.		
»	Ablation.	G.	»	La grossesse continue.		
»	Ablation.	G.	»	»	V.	»
»	10 j. ap. l'ac.					
Incis. et drain.	»	»	M. non acc.	»	»	»
Incis. et drain.	»	»	M.	»	V.	»
»	Ablation.	G.	»	»	V. à 7 m 1/2	»
Incis. et drain.	»	»	M.	Avortem.	»	»
Incis. et drain.	Ablation.	G.	»	»	»	»

Les observations démontrent que l'appendicite survenant pendant la grossesse interrompt le plus souvent celle-ci, et menace aussi bien l'existence du fœtus que celle de la mère.

B. — Cas non opérés.

Nos	Observateurs et dates	Période de la puerpéralité	Vérifiés à l'autopsie	Résultats pour la mère		Résultats pour le fœtus		
				Guérisons	Morts	Avortement	Vivants	Morts
1	WIGGIN. — *Med. Rec.*, 1891, p. 109	3e mois.	Péritonite généralisée.	»	M.	?		
2	BAYLEY. — *Med. Rec.*, 1895, p. 342.	5e mois.	»	G.	»	»	V. (à terme).	
3	THOMASON. — *Med. Rec.*, 1895 p. 407.	8e mois 1/2	»	G.	»	»	V.	»
4	WINEBERG.—Cité par MARX, *Med. Rec.*, 1896, p. 461.	9e mois.	»	G.	»	»	V.	»
5	ABRAHAMS. — *Amer. J. of. Obst.*, 1897, p. 205.	8e mois.	»	G.	»	»	V. (à terme).	
6	ABRAHAMS. — *Ibid*........	9e mois.	»	G.	»	»	»	M.
7	ABRAHAMS. — *Ibid*........	9e mois.	»	G.	»	»	V. (à terme).	
8	ABRAHAMS. — *Ibid*........	5e mois.	»	G.	»	La grossesse continue.		
9	SCHAIE. — Cité par ABRAHAMS, *loc. cit.*	7e mois.	»	G.	»	»	»	M.
10	BOUVERET. — *Thèse de Bouillier*, p. 36.	4e mois.	»	G.	»	Avort.	»	»
11	VINAY. — *Lyon méd.*, 1898, p. 1.	6e mois.	»	G.	»	»	V.	»
12	VINAY. — *Ibid*............	2e mois.	»	G.	»	Avort.	»	»
13	VINAY. — *Ibid*............	6 semaines après l'acc.	»	»	»	»	V.	»
14	BUDIN. — *Thèse de Jarca*, p. 49.	6 j. après l'accouchem.	»	»	M.	»	V.	»
15	LEPAGE. — *Inédit*.........	28 j. ap. l'acc.	»	G.	»	»	V. (à terme).	»

RÉSUMÉ

A. *Cas opérés :* 30. Mortalité totale : 1° maternelle, 10, soit 33 p. 100.; 2° infantile, 11, soit 36 p. 100.
α) Péritonites enkystées : 22. Mortalité maternelle, 5, soit 25 p. 100.
β) Péritonites généralisées : 8. Mortalité maternelle, 5, soit 62 p. 100.
B. *Cas non opérés :* 15. — Mortalité totale : 1° maternelle, 2, soit 13 p. p. 100; 2° infantile, 2, soit 13 p. 100.
Péritonites généralisées : 2. Mortalité maternelle, 2, soit 100 p. 100.

Presque tous les auteurs ont remarqué combien souvent les fœtus viables étaient expulsés morts ou mouraient fréquemment de cause indéterminée ou présentaient, dans les quelques jours de leur existence, des signes de septicémie.

Notre observation peut donner une explication du fait. L'ensemencement pratiqué par le Dr Wallich et qui a donné des cultures pures de colibacille, démontre l'infection *in utero*, le sang ensemencé ayant été pris dans les vaisseaux du cordon ombilical.

Je ne dirai rien des causes, si ce n'est que la pluralité des auteurs incrimine la constipation opiniâtre. Vous savez ce que vous devez en penser.

Au point de vue de la symptomatologie, tous les types, si magistralement étudiés et décrits par notre collègue Dieulafoy, se retrouvent dans les observations d'appendicite survenant soit pendant la grossesse, soit pendant les suites de couches. Le diagnostic d'appendicite pendant la puerpéralité offre peut-être encore des difficultés plus grandes, qui tiennent, pendant la grossesse, à la présence dans la région hypogastrique de l'utérus développé, et pendant les suites de couches, à la confusion des signes d'infection appendiculaire. Mais ces difficultés ne sont pas insurmontables pour un observateur attentif, ainsi que les faits le démontrent.

Quant au traitement, Mundé s'exprimait ainsi en 1896 :

« Pour conclure, je pense que les nombreux exemples d'appendicite, avec ou sans suppuration, se produisant pendant la grossesse ou le travail, qui ont été relatés depuis la publication de mon mémoire, il y a environ un an, doivent nous engager à nous mettre en garde contre cet accident, dans cette circonstance (la grossesse) comme dans toutes les autres, et à traiter la maladie sans nous préoccuper de l'existence de la grossesse. C'est pourquoi, je ne suis pas du même avis que les médecins qui veulent, pour cure d'appendicite, provoquer l'avortement ou l'accouchement. »

Je ne saurais, pour ma part, qu'applaudir à ce jugement. Peut-être irai-je plus loin et dirai-je : L'appendicite pendant la gros-

sesse doit être traitée chirurgicalement plus rapidement que dans n'importe quel autre cas. Et cela, en raison des rapports du foyer infectieux avec l'appareil génital. Je ne veux pas rechercher, pour le moment, si l'infection se fait par continuité ou par la voie sanguine. Je reviendrai plus tard sur ce point si l'Académie me le permet. Quelle que soit la voie, l'infection se fait, et les deux existences sont ménacées. Tout est là.

Ces considérations ne seront peut-être pas à dédaigner, quand on se trouvera en présence d'une appendicite survenue chez une jeune fille ou une jeune femme. Pensant aux rapports de l'appendicite avec la puerpéralité, on trouvera sans doute bon de se déterminer à enlever le foyer infectieux, là où jusqu'ici on aurait pu hésiter. Cela sera, je pense, de la bonne prophylaxie. Si l'on est en face de cas comme celui de Tuffier, l'hésitation aujourd'hui n'est plus permise, il faudra imiter sa conduite.

J'en ai fini, Messieurs. Vous le voyez, je n'ai pas eu d'autre but en faisant cette courte communication que d'éveiller l'attention, de provoquer des discussions scientifiques, et je profite de la circonstance pour exprimer à ceux de mes confrères et collègues qui ont dépensé tant d'efforts et de talent pour élucider ce chapitre si intéressant de la pathogénie, l'expression de la reconnaissance des accoucheurs.

DE LA VALEUR THÉRAPEUTIQUE ET DES INDICATIONS DE LA LIGATURE DES ARTÈRES UTÉRINES DANS LES CAS DE MYOMES DE L'UTÉRUS

Par **Sigmund Gottschalk** (Berlin).

En septembre 1892, je fis, au Congrès de Gynécologie de Bruxelles, une communication sur des études relatives à l'histogénèse et à l'étiologie des myômes de l'utérus, à la suite desquelles j'avais été conduit, dans un but thérapeutique, à essayer la ligature des artères utérines dans les myômes peu volumi-

neux de l'utérus. A cette époque je n'avais soumis à cette tentative thérapeutique que 2 cas, j'avais exécuté la première opération le 30 décembre 1891 avec l'assistance du Dr Alesch. Lorsque, dans le semestre d'hiver suivant, je lus, à la Société obstétricale et de gynécologie de Berlin, un nouveau travail (1) sur la même question, à ces cas était venu s'ajouter un troisième dont la marche également justifiait de nouvelles tentatives. Enfin, un autre mémoire, paru dans le *Cent. f. Gynækologie* (2), reposait sur 7 cas, dans un certain nombre desquels les résultats de la ligature avaient été tout à fait remarquables. Mais, tous ces faits étaient passibles de cette objection qu'ils étaient vraiment de date trop récente pour permettre de formuler un jugement définitif sur la nouvelle méthode. En conséquence, j'ai laissé des années s'écouler avant de publier, à nouveau, l'expérience que j'ai acquise sur ce sujet.

J'ai constaté dans la suite, avec plaisir, dans la littérature médicale que mon procédé thérapeutique avait partout été pris en considération, qu'il avait été imité et, en réalité, avec des résultats très satisfaisants. Je puis, ici, me dispenser d'autant plus facilement de citer tous les auteurs qui pratiquement ou par des publications se sont plus particulièment occupés de cette méthode, que ce soin a déjà été rempli dans ces mêmes *Annales*, t. XLIX, p. 3, par Hartmann et Fredet. Toutefois, pour compléter cet historique, je citerai encore 2 auteurs allemands qu'ils n'ont pas mentionnés, Kustner (3) et Léopold (4) qui tous les deux ont rapporté des résultats très favorables.

Avant moi, Rydygier avait mis en pratique cette idée, quand il conseilla de traiter par la ligature de tous les vaisseaux afférents les myômes utérins qui, la cœliotomie abdominale faite, ne se laissaient pas énucléer. Que cette méthode de

(1) *Arch. f. Gyn.*, Bd. XLII et *Cent. f. Gynæk.*, 1893, p. 352-357.

(2) Die Unterbindung der Vasa uterina bei Myom. *Cent. f. Gyn.*, 1893, nº 39, p. 897.

(3) Die Unterbindung der Vasa uterina bei Myom. *Cent. f. Gyn.*, 1893, nº 33.

(4) *Cent. f. Gyn.*, 1895, p. 291.

Rydygier n'ait pas trouvé de crédit, cela tient d'une part à sa gravité relative, d'autre part, aux progrès réalisés avec le temps dans la technique opératoire, technique qui nous permet, à l'heure actuelle, d'extirper radicalement les myômes même défectueusement situés.

La méthode de Rydygier nécessite la cœliotomie abdominale, opération non encore dépourvue de dangers à l'heure actuelle. Mais, quand on a ouvert la cavité abdominale, rien n'est plus légitime que de s'efforcer de faire une opération radicale. Les risques plus grands d'opérations radicales sont entièrement compensés par la certitude plus grande de leurs résultats, résultats qui — comme du reste l'a déclaré Rydygier lui-même — sont loin d'être toujours assurés par la méthode des ligatures.

Comparée à l'opération de Rydygier, celle que j'ai conseillée, la ligature des artères utérines par le vagin, paraît tout à fait bénigne, moins importante, extra-péritonéale, pas plus dangereuse que l'abrasion de la muqueuse utérine, que d'ailleurs je combine systématiquement avec elle parce que la muqueuse utérine, dans les cas de myômes utérins hémorrhagiques, est presque toujours hyperplasiée. Il semble toutefois que la méthode de Rydygier entrave plus efficacement que la mienne la nutrition de l'utérus, l'apport sanguin par l'artère spermatique interne continuant à se faire. Aussi, faut-il dans le choix des indications de la ligature vaginale tenir compte de cette circonstance. Et cela, je l'ai fait *a priori*, lorsque j'ai recommandé de n'appliquer d'abord la méthode que dans les cas de myômes peu volumineux, principalement intra-pariétaux, qui sont exclusivement nourris par les artères utérines. Les myômes qui, primitivement ou secondairement, sont situés dans le département vasculaire de l'artère spermatique interne, également ceux qui, grâce à des adhérences secondaires avec les organes voisins, ont acquis de nouveaux vaisseaux ne peuvent naturellement être affectés dans leur nutrition par la ligature vaginale des artères utérines que comme l'utérus souffre lui-même dans sa totalité du fait de

l'anémie subite, aiguë qu'il subit. Mais, en général, il ne pourra survenir qu'un trouble, très passager, de la nutrition, par la raison que l'artère spermatique interne ou les vaisseaux néoformés peuvent suppléer et suppléeront au défaut des artères utérines. Que, par la ligature des artères utérines, l'utérus devienne brusquement exsangue, c'est là un fait qu'aura pu constater tout chirurgien qui a une fois extirpé par le vagin, et par morcellement, l'utérus myomateux après ligature préventive des vaisseaux utérins.

Aussi, la ligature vaginale des artères utérines me paraît-elle d'une application plus limitée que la méthode de Rydygier, et c'est pour cela que du 30 novembre 1891 au 15 février 1898, en six années un quart, je n'ai trouvé, dans toute ma pratique, que 20 cas qui en fussent justiciables.

J'ai répondu très volontiers à l'amicale invitation de l'honorable rédaction de ce journal, de faire connaître, ici, les résultats définitifs que j'ai obtenus jusqu'à présent. Des 20 cas que je viens de signaler, je dois tout de suite en écarter 4 qui ne comportent pas d'être longuement examinés ; 3 d'entre eux se rapportent à des femmes qui — malgré les vives recommandations faites après l'opération — n'ont pas reparu (il s'agissait de domestiques), et qu'il a été impossible de retrouver dans Berlin. Le quatrième cas correspond à une opération faite le 15 février de cette année, opération qui a été suivie d'un résultat favorable, mais le fait est trop récent pour qu'il soit possible de l'utiliser ici.

Restent donc 16 cas, qui, pour le plus grand nombre, ont pu être, après l'opération, observés et contrôlés durant des années, par moi et pour plusieurs par le médecin de famille ; que de plus, quelques-uns exceptés, j'ai de nouveau examinés dans les dernières semaines avant ce travail. Il me faut ici d'abord relater brièvement ces observations.

Obs. 1. — J..., 42 ans, ouvrière. Entrée à l'hôpital le 23 juillet 1891. Un accouchement à terme, 14 années avant, normal. Depuis 2 ans et demi, ménorrhagies de plus en plus abondantes. *Utérus très augmenté de*

la cavité utérine et abrasion de la muqueuse. Convalescence régulière. *volume par l'existence d'un premier myôme intra-pariétal* (paroi postérieure de l'utérus), *de la grosseur d'une orange et d'un autre myôme, intra-pariétal aussi* (paroi antérieure du corps utérin), *gros comme une petite pomme*. Longueur de la cavité utérine, 11 centim. Traitement par des injections chaudes et des pilules d'ergotine sans résultat appréciable.

30 décembre 1891. *Ligature des artères utérines*, après exploration de

20 février 1892. 1re menstruation après la ligature, non abondante, durée 4 jours.

16 janvier 1894. Depuis, menstruation régulière, toutes les 4 semaines, non abondante. État général bon; myômes de l'utérus notablement atrophiés. Longueur de la cavité utérine, 8 centim.

Mars 1895. Ménopause.

19 janvier 1898. Utérus petit, 6 centim. 3/4. Myômes réduits à des noyaux sous-séreux du volume d'une cerise, d'une prune.

Obs. 2. — X..., 26 ans; admise le 25 juin 1891. Premières règles à 14 ans; menstruation toutes les 4 semaines 2 à 3 jours, d'abondance moyenne avec douleurs dans le côté droit le 1er jour de la menstruation. Depuis plus d'une année, douleurs dans le côté droit du bas-ventre. Dernières règles, il y a 3 semaines. Utérus uniformément augmenté de volume, parois épaissies. Endométrite, salpingite et ovarite droite. Traitement résolutif; localement, topiques astringents.

18 septembre 1891. Pour la 1re fois, on sent un myôme, gros comme une cerise, dans le côté droit de l'utérus, au-dessous du fond de l'organe, et un noyau, encore plus petit, vers le milieu de la paroi postérieure du corps de la matrice.

6 janvier 1892. Le 1er myôme a maintenant la grosseur d'une noix, le second celle d'une cerise. Souffle anémique au cœur.

21 avril. Utérus augmenté dans sa totalité: On sent, dans la paroi antérieure de l'utérus, près du bord gauche, 3 nodules myomateux, disposés en série, et du volume d'une noisette. Le myôme développé sur le côté droit est maintenant de la grosseur d'une pomme et subdivisé en 2 tumeurs, l'une supérieure, plus volumineuse, l'autre inférieure plus petite. Les douleurs se sont atténuées; de temps en temps, élancements dans le côté droit. Menstruation régulière, pas trop abondante, 3 jours. Injection sous-cutanée d'ergotine.

14 juillet. Utérus gros comme à la fin du second mois de la grossesse.

Les 16 et 18 juillet, 2 injections d'ergotine; le 19, injection; le

20, injection; le 21, injection. Depuis la 2e injection, hémorrhagie qui dure dix jours, bien que, chaque jour, on ait injecté 1 gr. d'ergotine.

10 août 1892. *Ligature des artères utérines avec deux ligatures à la soie.*

Le 29. Menstrues, *1 jour*, très faiblement.

8 octobre 1894. La malade n'a plus de douleurs ; elle se plaint toutefois d'un faible écoulement qui s'accompagne de sensation de brûlure et de prurit au niveau des organes génitaux externes. Myômes gros comme au moment de la ligature, mais plus extériorisés de la paroi utérine. Menstruation régulière, pas abondante, 2-3 jours.

Obs. 3. — 44 ans, veuve. Reçue le 29 avril 1892. Premières règles à 17 ans ; menstruation régulière, toutes les 4 semaines, douloureuses, 3-8 jours.

Depuis le mois de février, tous les 14 jours hémorrhagie ; depuis le 24 mars, hémorrhagie continue. Au cours de l'été de la précédente année, suppression des règles pendant 6 semaines.

1er accouchement à terme, normal, il y a 10 ans ; 2 avortements. D'ailleurs, a toujours été bien portante. *Utérus augmenté de volume, rétrofléchi, fixe, atteint, dans sa paroi postérieure, de plusieurs myômes sous-séreux de la grosseur d'une noisette à celle d'une cerise, tumeurs constatables à travers le cul-de-sac vaginal postérieur.*

Traitement. — Injection sous-cutanée d'hydrastinine, irrigations chaudes sans résultat notable ; de même, résultat seulement éphémère de l'injection sous-cutanée dans la région fessière d'ergotine (Vosswinkel).

La femme perd du sang à de courtes interruptions jusqu'au 9 juillet ; en conséquence, *abrasion* de la muqueuse et libération bimanuelle, sous chloroforme, des adhérences ; la réduction de la déviation est rendue difficile par un *myôme plus gros qu'une pomme*, situé au point où la paroi postérieure du col se continue dans la paroi postérieure du corps de l'utérus, myôme qui, sous-séreux, s'est développé en arrière. De ce fait, l'utérus ne peut être que redressé. A partir du 21 juillet, l'hémorrhagie se renouvelle, on la combat à nouveau par l'ergotine (Vosswinkel) qu'on emploie jusqu'au 11 septembre, par la voie sous-cutanée, 1 à 2 injections tous les deux jours. Les myômes augmentant de volume et les hémorrhagies ne s'arrêtant pas, on exécute le 22 août 1892 la *ligature bilatérale des artères utérines*. Convalescence régulière.

25 septembre 1892. On enlève les fils des ligatures qui avaient cheminé jusque dans le vagin.

Myômes et utérus sont devenus plus petits. État général très bon.

23 mars 1895. Ménopause immédiatement après la menstruation. On ne sent plus les noyaux myomateux.

Obs. 4. — 49 ans; reçue le 6 janvier 1893. Premières règles à 14 ans; menstruation régulière, abondante, 7 à 8 jours; 4 accouchements à terme, normaux, le dernier il y a 22 ans. Depuis le mois de juillet de la précédente année, hémorrhagies irrégulières. A subi au mois d'avril, ailleurs, un curettage, et a été traitée par des cautérisations à la teinture d'iode, amélioration. Actuellement, a été reprise d'hémorrhagies si violentes qu'on a tenu l'extirpation de l'utérus pour nécessaire. Portion vaginale du col de l'utérus déviée en avant; utérus augmenté de volume, rétrofléchi, mais réduction manuelle possible; la paroi utérine, épaissie dans son ensemble, *porte deux myômes intramuraux, l'un gros comme une pomme au niveau du fond de l'utérus vers la corne gauche, un autre plus gros qu'une noix dans la paroi postérieure près du côté droit.* Longueur de la cavité utérine, 11 centim. Cavité utérine large, cathétérisme non douloureux. La malade fut, jusqu'au 20 janvier, traitée sans succès avec des pessaires, l'électrolyse et l'ergotine, après quoi, le 20 janvier 1893, fut pratiquée la *ligature des vaisseaux utérins.* Convalescence régulière.

15 février. Myômes notablement plus petits, jusqu'à présent pas d'hémorrhagies.

Le 21. Enlèvement des fils de ligatures.

13 mars. Pour la première fois, de nouveau menstruée.

Le 25. C'est à peine si l'on sent les myômes.

8 mai. Depuis 9 semaines, plus d'hémorrhagies. Les myômes sont introuvables.

10 juillet. Utérus de dimensions normales, l'aménorrhée persiste.

29 août. Une fois quelques gouttes de sang.

29 octobre. Menstruée faiblement 4 jours. La femme porte un pessaire.

6 février 1894. Depuis, plus de menstruation. État général bon, ménopause. On ne trouve plus de myômes. Depuis, l'état général reste définitivement bon.

Obs. 5. — 45 ans. Reçue le 6 mars 1893. Premières règles à 18 ans menstruation régulière, abondante, toutes les 3 semaines 5 à 6 jours; dans les dernières années 7 à 8 jours, très abondantes. Restée 12 ans stérile, étant mariée à un homme paraissant bien portant. Depuis 1 an, menstruation irrégulière, se prolongeant souvent 10 à 12 jours. Dans l'intervalle des menstrues, écoulement.

En raison de taches sur la cornée, fut soumise par le professeur Schweigger à une cure de sudation et à l'iodure de potassium. Enfant, présenta des éruptions cutanées et des tuméfactions ganglionnaires. Dans les derniers temps, prurit dans la région des organes génitaux externes.

Cette malade me fut adressée par le Dr Peltesohn avec la note suivante.

« La femme B... souffre depuis longtemps de ménorrhagies. Mais la dernière menstruation fut si épuisante, qu'elle me fit appeler. Je constatai une anémie extrême, mais je réussis après 14 jours par le repos, l'ergotine, les injections d'eau chaude, à arrêter l'hémorrhagie. L'exploration soigneuse pratiquée maintenant, 7 jours après la cessation de l'hémorrhagie, permet les constatations suivantes : 1° Un polype pédiculé, qui, de la cavité utérine, proémine dans le vagin ; 2° Tumeurs du corps de l'utérus multiples, intra-pariétales ; en tout cas, un utérus volumineux, de forme irrégulière, en rétroversion, d'ailleurs facilement mobile. »

L'état que je constatai fut le suivant, concordant d'ailleurs remarquablement avec le précédent : anémie et amaigrissement accusés. De la cavité utérine, proémine dans la vagin un polype longuement pédiculé, un peu plus gros qu'une noix.

L'utérus est en rétroversion, très augmenté de volume, du volnme d'une tête d'enfant ; sa cavité mesure 12 centim., sa forme est rendue très irrégulière par des myômes multiples intra-pariétaux, et par un myôme sous-séreux, issu du bord droit de l'utérus et devenu intra-ligamentaire.

Le polype fut immédiatement tordu et enlevé avec une pince. L'hémorrhagie ne céda pas après l'extirpation du polype. Bien au contraire, en raison de la persistance de l'hémorrhagie et de l'affaiblissement la malade dut être maintenue au lit jusqu'au 19 mars ; ayant essayé de quitter le lit et de se lever, elle perdit connaissance.

20 mars 1893. *Abrasion de la muqueuse de l'utérus et ligature des artères utérines de façon typique.*

Muqueuse très hyperplasiée. En haut et en bas, on sent dans la paroi antérieure, au cours du curettage, un noyau sous-muqueux (durée de l'opération, 15 minutes) ; convalescence régulière.

11 avril. Utérus notablement diminué, pas de perte de sang.

Le 20. La femme n'a pas perdu une goutte de sang depuis l'opération.

Le myôme, gros comme une pomme, situé sur le bord droit de l'utérus, réduit maintenant à la grosseur d'une noix. Utérus *in toto* en voie de régression, ses parois sont remarquablement flasques.

Le 28, encore aménorrhéique. Le noyau myomateux au niveau du bord droit de l'utérus, complètement extériorisé; les autres myômes, intra-pariétaux, plus petits, à peine constatables.

2 mai. Cette nuit, pour la première fois depuis la ligature, apparition, avec quelques tiraillements, de la menstruation, qui se prolongea jusqu'au 5 mai, ainsi trois jours seulement, et peu abondante.

5 juin. La menstruation n'a pas reparu; de chaque côté, œdème léger dans la région malléolaire le soir, œdème qui disparait entièrement pendant la nuit. État général remarquable. Les fils des ligatures sont enlevés.

Le 9. Il n'y a pas eu de menstruation; cavité utérine, 7 centim. État général tout à fait bon, pas d'écoulement.

20 août. Pour la seconde fois depuis l'opération, menstruation. Écoulement sanguin de moyenne abondance, pas de douleurs. Dans le ligament large droit existe un nodule myomateux gros comme une petite noix, devenu très dur; on constate un autre nodule, plus petit, dur aussi, près du bord droit de l'utérus. État général bon; aspect florissant.

Du 20 août au 1er décembre, menstruation régulière peu abondante, trois jours; puis, un intervalle de 6 semaines (13 janvier 1894).

30 janvier 1894. Utérus de volume normal, en antéversion; on sent encore au niveau de la paroi antérieure, près du bord droit, dans le ligament large, une petite inégalité, qu'on peut à peine, actuellement, identifier à un myôme. Corps de l'utérus à parois relâchées, de dimensions normales; il n'est plus possible d'y reconnaître la présence de nodules myomateux.

28 mai 1894. *Le 19 février 1894, menstruée pour la dernière fois; depuis, ménopause. Tumeurs presque complètement disparues*, utérus de volume normal, en antéversion. État général bon, sauf des transpirations, des poussées de chaleur, malaises contre lesquels il fut fait usage, avec succès, des eaux du « Kreuzbrunnen » (de Marienbad).

25 janvier 1898. La femme est de nouveau examinée. État général tout à fait bon; utérus en voie d'involution sénile; dans le ligament large droit, un nodule de la grosseur d'un pois, en connexion avec le bord droit de l'utérus; *il n'existe autrement plus traces des myômes multiples de jadis*. La femme présente un aspect florissant.

Obs. 6. — 40 ans (envoyée le 22 avril 1893 par le Dr Löwenthal).

Premières règles à 13 ans; menstruation régulière, toutes les 3-4 semaines, d'abord 3-4 jours, abondante; depuis 2 ans, 8 jours, maintenant encore plus abondante et plus prolongée.

Deux accouchements à terme, normaux, le dernier il y a 17 ans. Pendant les deuxièmes suites de couches, la malade ne se ménagea pas et depuis elle a des douleurs dans le bas-ventre. Pendant les périodes intermenstruelles, également durant les règles, tiraillements dans le bas-ventre, surtout à droite. Dernières règles, il y a 8 jours. A été traitée par Schrœder et par plusieurs autres gynécologues éminents. Schrœder voulait, il y a déjà des années, l'opérer.

État actuel. — Constitution délicate, taille moyenne, anémie profonde. Utérus en antéversion, augmenté de volume *in toto*, à peu près comme à la fin du troisième mois de la grossesse. Il existe, dans son bord droit et sa face postérieure, un myôme de la grosseur d'une orange, et de consistance assez dure. Longueur de la cavité utérine de la partie antérieure vers la gauche, 13 centimètres.

25 avril 1893. *Abrasion de la muqueuse utérine et ligature des artères utérines*, par le procédé typique; par suite d'une trop forte traction par un assistant sur l'un des fils à ligature, section de la paroi artérielle par le fil et hémorrhagie modérée.

2 mai. Sortie de la clinique. Pendant les premiers jours après l'opération, survinrent des douleurs comme des contractions avec irradiations dans les cuisses.

Le 30. L'utérus n'est pas encore diminué de volume; aucune hémorrhagie depuis l'opération.

En juillet et août, cure thermale aux bains de Kreuznach. (Antérieurement, la malade avait été plusieurs fois à cette station.)

2 septembre. Pendant qu'elle était à Kreuznach, menstruée quatre jours; puis à son retour, trois jours, peu abondamment. On peut, actuellement, constater une diminution nette de l'utérus et particulièrement du myôme. Longueur de la cavité utérine, 10 centim. et demi.

Le 30. Menstruée trois jours, pas abondamment. La sonde pénètre de 10 centim. dans la cavité utérine. Pas de douleurs.

13 juin 1894. Dans l'intervalle, menstruée toutes les quatre semaines; les derniers temps, de nouveau abondamment. De temps à autre, phénomènes d'asystolie, œdème dans la région malléolaire.

Le 22. *Abrasion de la muqueuse utérine* sans narcose; consécutivement, nouvelle cure à Kreuznach; la malade prit 33 bains salés. Longueur de la cavité utérine, 9 centim. Myôme de la grosseur d'un poumon. Menstruation trois jours, d'abondance moyenne.

25 avril 1895. Règles un peu plus abondantes; quelques douleurs dans le côté gauche; longueur de la cavité utérine, 8 centim. 1/4.

6 décembre. Menstruation régulière, quatre jours, pas abondante, toutes les quatre semaines.

31 août 1896. Menstruation toutes les quatre semaines, quatre jours, d'abondance moyenne. Le jour avant la menstruation, douleurs modérées dans le bas-ventre. Appétit; sommeil bon. Longueur de la cavité utérine, 8 centim. 1/4.

1er février 1898. Dernière menstruation le 1er janvier après une période aménorrhéique de 10 semaines, durée trois jours, très modérée, sans douleurs. Utérus un peu plus gros qu'à l'état normal. Cavité, 8 centim. 1/4. *Myôme sous-séreux, rétro-utérin dans la partie postérieure du corps de l'utérus, gros comme une petite pomme.*

Résultat 5 ans après l'opération : Subjectivement, *toutes les douleurs ayant leur origine dans le myôme, définitivement disparues.*

Objectivement, *cavité utérine réduite de 13 centim. à 8 centim. 1/4; myôme réduit de la grosseur d'une orange à celui d'une petite pomme, et plus saillant en arrière, plus nettement sous-séreux.*

Obs. 7. — 45 ans. Reçue le 4 juillet 1893. Premières règles à 16 ans; pendant les quatre années suivantes chlorotique et menstruation irrégulière ; ultérieurement, régulière, *d'abord se prolongeant jusqu'à 8 jours,* très abondante. 4 accouchements à terme, normaux; suites de couches normales ; a nourri tous ses enfants de 1 an à 1 an un quart.

Dernier accouchement, il y a 9 ans. Dernières règles le 27 avril. Depuis 9 mois, chute du vagin, tiraillements en bas, écoulement, douleurs dans le côté gauche du bas-ventre, étourdissements, anxiété, ménorrhagies. A été traitée ailleurs, pendant longtemps et sans résultat, avec des pessaires, l'électrolyse.

État actuel. — Déchirure vagino-périnéale ancienne, bifurquée, intéressant la colonne rugueuse postérieure; les deux parois vaginales très abaissées proéminent en avant de l'orifice du vagin. La portion vaginale du col située très bas se continue en haut dans le corps de l'utérus, lequel a largement le volume d'une tête d'adulte, remonte à trois travers de doigt de l'ombilic et présente dans sa paroi postérieure un myôme interstitiel volumineux. Cette tumeur s'étant plus développée dans la moitié gauche de la matrice, cette région bombe plus au dehors que sa congénère. Le cathéter pénètre à droite et en avant de 11 centimètres.

L'ergotine en pilules et les injections vaginales chaudes n'ayant procuré aucun soulagement, on pratiqua, d'après le procédé type, *la ligature des artères utérines,* le 20 juillet 1893. La femme, après une conva-

lescence régulière, quitta la clinique le 30 juillet. Pilules d'ergotine.

16 août 1893. Menstruée 3 jours seulement, non abondamment; écoulement très faible de temps à autre, des douleurs comme des contractions. Utérus très peu, mais réellement diminué de volume.

15 mai 1895. Au cours des deux dernières années, menstruée régulièrement, non abondamment. État général, durant cet intervalle, devenu remarquable. Elle revient parce que le 13 et le 27 avril sont survenues des hémorrhagies qui ont duré 10 jours; depuis hier, de nouveau, hémorrhagie.

État à ce moment. — Vagin de largeur moyenne, corps de l'utérus en antéversion, assez et uniformément augmenté de volume, dépasse le bord supérieur de la symphyse de trois travers de doigt; le cathéter pénètre en haut, à droite et en avant de 8 centim. et demi. *La femme paraît bien portante.*

Prescription: injection d'ergotine, 15 mai. L'hémorrhagie dure encore. De nouveau, injection d'ergotine, 16 mai. Douleurs comme des contractions, la perte de sang a cessé.

24 mai. État général bon. Pas d'hémorrhagie, un peu de leucorrhée.

État deux ans après la ligature : fond de l'utérus qui remontait à 3 travers de doigt de l'ombilic, descendu à 3 travers de doigt au-dessus du bord supérieur de la symphyse; longueur de la cavité utérine réduite de 11 centim. à 8 heures et demie. État suggestif bon. Malheureusement il a été impossible de retrouver cette personne, de sorte qu'il est impossible de rien dire de son état actuel.

Obs. 8. — 46 ans. Reçue le 17 avril 1893. Premières règles à 16 ans; menstruation toujours très abondante, 5 à 8 jours, sans douleurs; un accouchement il y a 8 ans, normal; suites de couches normales; la femme allaita son enfant 9 mois. Depuis 6 mois, hémorrhagies persistantes. Grand épuisement; l'affaiblissement est tel que la marche est devenue impossible. Utérus très hypertrophié du fait d'un *myôme intrapariétal du côté droit, gros comme une pomme.*

Le 19. Abrasion de la muqueuse utérine après narcose, suites opératoires régulières.

15 mai 1893. Jusqu'à ce jour, il n'y a pas eu de nouvelle hémorrhagie: l'utérus a conservé le même volume, *myôme gros comme une pomme.*

7 août 1893. Leucorrhée abondante, douleurs dans tout le bas-ventre, épuisement général par suite d'hémorrhagie nouvelle, incoercible. Irrigations chaudes. Utérus gros comme une tête d'enfant, myôme interstitiel, largement gros comme une pomme, situé dans la paroi droite.

En raison de la persistance de l'hémorrhagie, ligature des vaisseaux utérins le 30 août 1893; suites opératoires régulières.

18 octobre 1893. Depuis l'opération, aménorrhée persistante; utérus diminué de manière notable, myôme notablement réduit, état général remarquablement meilleur. Pour accélérer les phénomènes de régression, on prescrit des pilules d'ergotine et des injections chaudes.

9 décembre 1893. L'aménorrhée persiste; la cavité utérine ne mesure que 7 centim. 1/2; on reconnaît à peine la présence du myôme, réduit au volume d'une prune.

Le 20. Utérus de volume normal, aménorrhée.

13 janvier 1894. Aménorrhée. État général bon.

19 février. *Menstruée pour la première fois depuis l'opération;* 4 jours plus fort, 3 moins abondamment. Au niveau de la peau du mont de Vénus, sensations d'excoriation. Portion vaginale du col de l'utérus en arrière, utérus en antéversion, de dimensions normales, parfaitement mobile. Le nœud d'un des fils à ligature étant devenu visible dans le cul-de-sac droit du vagin, on l'enlève. Longueur de la cavité utérine, 7 centim.; pommade au menthol et à la cocaïne sur le mont de Vénus.

8 décembre. Jusqu'en mai régulièrement menstruée, depuis, plus de menstruation; leucorrhée. L'utérus a, à peine, le volume normal, il est plutôt plus petit, lèvre antérieure du col un peu raccourcie; la base du ligament large droit est transformée en une cicatrice solide. Phénomènes climatériques, contre lesquels on prescrit les douches vaginales chaudes et les sels de Carlsbad.

7 janvier 1896. Constipation opiniâtre (massage abdominal); insomnie. Aménorrhée. Utérus de volume normal.

Le 23. Sous l'influence du massage, évacuations régulières, spontanées. État général bon.

17 février 1897. A gauche, dans le cul-de-sac latéral, dans le point où étaient situées les ligatures, granulation très rouge, saignant facilement, qui fut cautérisée une fois par semaine jusqu'au 16 avril. Contre l'insomnie, usage, avec succès, de trional. *Ménopause.*

Obs. 9. — 32 ans. Reçue le 29 novembre 1893. Premières règles à 17 ans; menstruation régulière, toutes les 4 semaines, durée 8 jours, 4 accouchements à terme, le dernier il y a un an; suites de couches normales; a nourri jusqu'à 10 mois. 3 avortements. *En mai 1892, a subi la castration qui a été faite par un gynécologue éminent, d'ici, pour des ménorrhagies.* Consécutivement à la castration, elle a été 2 fois menstruée

faiblement, puis est restée de 4 à 5 mois sans voir ses règles ; puis, peu à peu, les ménorrhagies sont revenues. Actuellement, les hémorrhagies durent depuis 4 semaines, et *l'éminent chirurgien en question songe à extirper l'utérus pour les combattre.*

État. — Femme très anémique, de taille élevée ; elle perd du sang à flots ; vagin modérément large. Orifice externe du col un peu entr'ouvert.

Dans la paroi antérieure de l'utérus, un peu à gauche de la ligne médiane, au-dessus de l'orifice interne, existe un noyau myomateux, sous-séreux, de la grosseur d'une noix, également, un myôme sous-séreux, de la grosseur d'une orange, issu du côté droit de l'utérus immédiatement au-dessous du fond de l'organe. *In toto*, l'utérus *a le volume d'une tête d'enfant.* Cicatrice abdominale bonne.

Le 24. *Abrasion de la muqueuse. Muqueuse très atrophiée* (atrophie de la castration), *puis ligature des artères utérines.*

1er décembre. Après une convalescence régulière, sans hémorrhagie, sortie de la malade. L'hémorrhagie s'est aussitôt arrêtée après la ligature.

Le 7. Le myôme, qui avait le volume d'une orange, est très diminué ; pas d'hémorrhagie.

Le 19. L'utérus diminué dans l'ensemble ; pas de douleurs ; pas d'hémorrhagie.

29 janvier 1894. Jusqu'à présent, aménorrhée. Cavité utérine, 5 centimètres et demi.

La présence du myôme ne se traduit que par quelques inégalités.

2 juin. L'aménorrhée persiste depuis la ligature. Utérus de volume normal ; on ne trouve plus que de minces vestiges des 2 myomes. Céphalée.

25 juillet. Aménorrhée ; phénomènes climatériques ; sensations de vertiges, etc.

Obs. 10. — 43 ans. Reçue le 8 janvier 1894. Premières règles à 17 ans ; menstruation d'abord très abondante, plus tard régulière, 4 jours ; dans ces derniers temps, de nouveau très abondante, durée 5 jours. 4 accouchements à terme, normaux ; dans les troisièmes suites de couches, accidents avec pyrexie ; dernier accouchement il y a 12 ans. A nourri tous ses enfants 1 an. Depuis 8 ans, veuve. Accuse de fortes douleurs sacrées et des hémorrhagies, tuméfaction du ventre.

État. — Femme anémique, de taille élevée ; vagin de largeur moyenne ; *portion vaginale du col en forme de massue ; corps de l'utérus considérablement et irrégulièrement augmenté de volume ; dans le côté droit*

et dans la paroi postérieure siège un myôme interstitiel de la grosseur d'une pomme. Cavité utérine large, mesure 11 centim. Dans le paramétrium droit, cicatrice calleuse, ovaire droit immobilisé par des exsudats anciens, étendus. D'ailleurs, utérus parfaitement mobile. L'endométrium saigne au contact du cathéter.

10 janvier 1894. *Abrasion de la muqueuse et ligature des artères utérines.* Pour faire la ligature, d'abord à droite, on se sert d'un fil de soie très mince qui, cependant, au moment où l'on noue, sectionne le ligament large très friable et l'utérine, ce qui amène une hémorrhagie qu'on arrête promptement par la ligature isolée des extrémités sectionnées. Après la ligature bilatérale, la portion vaginale du col apparaît tout à fait livide.

Immédiatement après l'opération, apparition de très vives douleurs semblables à des contractions, partant du sacrum et irradiant vers les cuisses, douleurs que la malade elle-même dénomme contractions et qui persistent encore plusieurs jours. Convalescence régulière.

Le 25. *État:* Utérus notablement plus petit qu'avant l'opération ; en avant de l'orifice externe se trouve dans le vagin une membrane nécrosique, assez épaisse, qui dégage une odeur fétide.

31 mars 1894. Il y a 6 semaines, menstruation ; puis, écoulement un peu jaune. Douleurs comme des contractions. Enlèvement des fils à ligature.

Cavité uterine, 8 centim. 1/2.

Obs. 11. — X..., 49 ans, veuve le 3 mars 1894. Premières règles à 16 ans, menstruation régulière, toutes les 4 semaines, sans douleurs, 5 jours, d'abondance moyenne. 2 accouchements normaux, à terme, le dernier en 1877; suites de couches normales. A nourri 1 an. Depuis 2 ans, ménorrhagies ; l'hémorrhagie dure souvent 14 jours. Sensation de pesanteur dans le bas-ventre; bouffées de chaleur à la tête. *État :* taillé élevée, aspect anémique, vagin de largeur moyenne ; portion vaginale du col dirigée en avant et basse ; *utérus rétrofléchi, très hypertrophié, réductible manuellemement. Dans la paroi postérieure du corps, myôme interstitiel, de la grosseur d'une pomme, dont le pôle inférieur descend jusqu'au col*, et qui, sous-séreux, s'est développé vers le Douglas. Le cathétérisme est douloureux et amène du sang.

Cavité utérine large, mesure 9 centim.

4 mars 1898. *Abrasion de la muqueuse utérine et ligature des artères utérines.*

Le 5. Douleurs violentes; le 6, douleurs violentes ; le 14, membrane

blanchâtre, à odeur fétide, nécrosique, en avant de la portion vaginale du col. *Exeat.*

Le 28. On trouve dans le cul-de-sac gauche les nœuds des fils à ligature Utérus en rétroversion un peu plus petit; il y a quelques jours, à l'époque des règles, un peu de sang.

12 juin. *1 fois, après 8 semaines, a été menstruée durant 8 jours, non abondamment.*

La femme se sent très bien, est indemne de douleurs. Le myôme n'a plus que la grosseur d'une noix. Depuis 8 semaines, de nouveau aménorrhée.

14 juillet. On ne sent plus qu'à peine le myôme. L'aménorrhée persiste. Douleurs périodiques dans la région scapulaire gauche (salicylate de soude).

4 septembre. Catarrhe intestinal aigu. Aménorrhée.

3 mai 1895. Il y a 6 mois, traces de sang. La femme paraît florissante. Utérus légèrement rétroversé, réduction facile; myôme gros comme une petite noix. Cavité utérine, 6 centim. et demi.

27 avril 1896. *Depuis 10 mois, ménopause.* Le myôme devenu plus nettement sous-séreux est en contact intime avec la paroi antérieure du gros intestin. Cavité utérine, 6 centim. et demi.

18 juin 1896. La malade éprouvant, pendant le coït et la défécation, de la présence du myôme rétro-cervical des douleurs, le laisse extirper.

Obs. 12. — 41 ans, reçue le 5 mars 1894. La mère est dans un établissement d'aliénés; le père est mort d'une affection chronique des poumons.

Premières règles à 15 ans; 1 an, aménorrhée, chlorose. Puis, menstruation irrégulière et très abondante. 5 accouchements à terme, normaux; a nourri tous ses enfants au delà d'un an. Quatre suites de couches normales; il y a six ans, consécutivement aux dernières couches, accidents phlegmasiques au bas-ventre, depuis malade. A été trois fois curettée par un gynécologiste éminent pour des ménorrhagies. Accuse des ménorrhagies, des douleurs dans les deux côtés du bas-ventre, particulièrement à droite; l'éminent chirurgien veut maintenant faire la laparotomie.

État. — Vagin de largeur moyenne; utérus augmenté de volume, irrégulier, du volume d'une tête de petit enfant, *dans son côté gauche myôme interstitiel de la grosseur d'une pomme.* L'endométrium saigne au contact du cathéter. *Cavité utérine, 9 centim. et demi.*

7 mars 1894. *Abrasion de la muqueuse utérine et ligature bilatérale des artères utérines* avec trois ligatures à la soie. Guérison régulière.

Le 28. Utérus notablement plus petit, de même le myôme.

20 janvier 1898 (ainsi 4 ans environ après l'opération). La femme se présente aujourd'hui sur ma demande pour être de nouveau examinée, et déclare qu'à *partir de 8 semaines après l'opération elle a été, pendant toute une année, menstruée sans douleurs et qu'elle s'est sentie très bien*. Que dans la dernière année, de nouveau, elle s'est vue menstruée tous les 14 jours, pendant 4 jours, et que 8 jours avant et après les règles elle ressent des douleurs, comme des tiraillements, dans les deux côtés du ventre, qu'elle a de la leucorrhée. De temps en temps, de l'ischurie.

État. — Cicatrice vaginale linéaire. Utérus de dimensions normales; cavité utérine, 7 centim.; il n'est plus possible de trouver de myôme utérin. Endométrite catarrhale.

Obs. 13. — 31 ans. Reçue le 1er juillet 1895. Toujours régulièrement menstruée; la dernière fois, la semaine précédente, cinq jours, abondamment, sans douleurs, un enfant mort, deux enfants vivants; dernier accouchement par le siège, le 28 juillet 1894, dirigé par moi. Depuis octobre, crises d'hypochondrie.

Utérus augmenté de volume, principalement dans son diamètre transverse; l'augmentation de volume étant surtout produite par un myôme du volume d'un petit poing, siégeant au niveau du côté droit de l'organe et développé dans le ligament large. Cavité utérine, 10 centim. 1/2. Jusqu'au 3 septembre, traitement par l'électrolyse qui n'amena aucune réduction de la tumeur, mais qui fit disparaître les crises d'hypochondrie. Menstruation, comme avant, abondante. Le 4 avril, *abrasion de la muqueuse utérine et ligature vaginale des utérines* (opération typique). Guérison régulière.

Du 27 novembre au 1er décembre. Menstruation, pas abondante; dans les premiers jours, quelques douleurs dorsales; constipation; encore un peu de nervosisme, tumeur plus petite; cavité utérine, 9 centim. 1/4.

3 mai 1896. Menstruation régulière, non abondante, *myôme plus petit, cavité utérine, 8 centim. 1/2*. Constipation, état d'angoisse périodique, accès de mélancolie. A une brève interrogation, la malade répondit, le 5 février 1898, que les troubles nerveux et digestifs persistaient et que la tumeur, d'après les renseignements fournis par un autre examen, paraissait être de nouveau en voie d'accroissement. Dans ce

cas, le résultat, relativement à l'arrêt du développement de la tumeur, n'aurait été que temporaire.

Obs. 14. — 31 ans. Adressée le 9 août 1897 par le Dr Schlesinger. Premières règles à 18 ans, menstruation régulière, toutes les quatre semaines. Mariée 10 ans, quatre accouchements normaux, le dernier il y a deux ans; suites de couches normales; n'a pas allaité ses enfants. Après le premier accouchement, avortement de six semaines, qui également évolua normalement. Autrement, toujours bien portante, appartenant à une famille saine, ses parents vivent encore.

Depuis quelques années, règles plus abondantes, durant huit jours, depuis trois mois quatorze jours, irrégulières; actuellement, *depuis trois semaines, hémorrhagie persistante;* épuisement; garde-robes régulières, pas de douleurs.

État. Femme grande, maigre, teinte anémique très accusée de la face. *Portion vaginale du col de l'utérus courte, le corps de l'utérus largement gros comme un poing, porte dans sa paroi postérieure, vers son bord droit, un myôme du volume d'une orange. Longueur de la cavité utérine, 9 centim.* Rien d'anormal du côté des annexes. La femme perd beaucoup de sang.

10 août. Application d'une tige de laminaire; on renouvelle cette application le soir.

Le 11. On peut, sans dilatation nouvelle, explorer commodément l'utérus; pas de tumeur *in utero*, muqueuse lisse, hyperplasiée.

Abrasion de la muqueuse utérine, puis ligature des artères utérines (opération typique). Guérison régulière.

3 septembre. La femme se représente. Elle se sent déjà beaucoup plus forte. Encore un peu de leucorrhée, mais plus de douleurs, pas d'hémorrhagies depuis l'opération. L'utérus est devenu notablement plus petit; il a encore largement le volume normal, de même le myôme en tant que myôme, est réduit de moitié. La plaie vaginale guérie par première intention; dans le cul-de-sac vaginal droit on sent les extrémités sectionnées d'une ligature. Irrigations chaudes.

29 octobre. La femme se présente de nouveau; son aspect est bon, elle a pris de l'embonpoint, appétit bon, pas de douleurs.

4 semaines après l'opération, la femme a été menstruée pour la première fois, 7 jours, pas abondamment, et sans douleurs. Puis, de nouveau maintenant, après 4 semaines, normalement, seulement 4 jours. Utérus réduit *in toto*, réduction concentrique, parois utérines très flasques, longueur de la cavité utérine, 8 centim. et demi; myôme réduit au tiers de son volume primitif.

8 février 1898. Toutes les 4 semaines, menstruation, non abondante, sans douleurs, 4 jours. Utérus de volume normal; cavité utérine, 8 centimètres; plus de traces constatables du myôme. La femme est débarrassée de toutes souffrances, elle se sent aussi bien que plusieurs années auparavant, a notablement engraissé. *Ainsi, ici, régression complète du myôme en 6 mois.*

Obs. 15. — 45 ans, domestique, reçue le 10 août 1897.

Premières règles à 18 ans. Menstruation régulière, toutes les 4 semaines, 8 jours, abondantes, s'accompagnant de fortes douleurs, particulièrement dans la région sacrée. Depuis le mois de juin de cette année, menstruation irrégulière, revenant à courts intervalles, très abondante; depuis 4 semaines jusqu'à ce jour, hémorrhagie persistante. Douleurs sacrées continues; pas de leucorrhée; aspect anémique, vagin étroit, lèvre postérieure du col épaissie. Utérus gros comme une tête d'enfant, augmentation de volume assez régulière. *A droite, en haut, au fond de l'utérus, dans la paroi postérieure, myôme intra-pariétal de la grosseur d'une pomme. Un second myôme gros comme une orange siège dans la paroi antérieure dans le voisinage immédiat du bord gauche de l'utérus. Longueur de la cavité utérine, 10 centim. et demi.*

L'hémorrhagie continuant en dépit des irrigations chaudes et des styptiques, on introduit le 23 août une tige de laminaire dans le but de permettre l'exploration de la cavité utérine. Cette exploration montre que la cavité est libre.

Abrasion de la muqueuse utérine et ligature des artères utérines (opération typique), suites opératoires régulières.

13 octobre. Le semaine dernière, pour la première fois depuis l'opération, menstruation, 8 jours, modérée. Élancements dans la région du sacrum et des hanches. *Cavité utérine de 8 centim. et demi.* Les myômes sont devenus notablement plus petits et remarquablement mous, au point que leur consistance ne se distingue plus, à l'exploration, de celle de la paroi utérine. On trouve une ligature libre, dans le cul-de-sac droit.

Obs. 16. — 49 ans (adressée par le Dr Flatow, le 31 août 1897).

Premières règles à 12 ans, menstruation irrégulière, abondante, six jours, jadis et dans les dernières années sans douleurs. Mariée 31 ans; 2 accouchements normaux, à terme, le dernier il y a 28 ans. Dans les premiers temps du mariage, un avortement à 2 mois. Depuis plusieurs années, affection gastrique; autrement, jamais malade. Il y a 2 ans, aménorrhée pendant 3 mois, ultérieurement menstruation abondante. La dernière année, aménorrhée 2 mois; maintenant, hémorrhagie per-

sistante depuis 4 semaines, contre lesquelles échouèrent tous les traitements médicaux et les irrigations chaudes; amaigrissement considérable dans les dernières semaines, neurasthénie.

État. Physionomie souffreteuse, anémie profonde, femme amaigrie, de petite taille. Vagin large, portion vaginale du col basse et dirigée en avant, col allongé. Utérus fortement rétrofléchi, très augmenté de volume, le corps de l'utérus remplit le cul-de-sac de Douglas. Réduction manuelle de la rétroflexion très difficile; l'utérus réduit reprend vite sa situation anormale. *Cavité utérine 10 centim. 1/2.* Le cathétérisme produit une hémorrhagie abondante et est particulièrement douloureux au niveau du fond. *L'augmentation de l'utérus est en général régulier, toutefois le bord gauche et la moitié gauche de la paroi postérieure du corps de l'utérus au-dessous du fond sont bossués par un myôme interstitiel gros comme une orange.* Annexes normales.

2 septembre. Exploration manuelle après dilatation à la laminaire. Cavité utérine libre. *Abrasion de la muqueuse de l'utérus et ligature des artères utérines* (opération typique); muqueuse hyperplasiée, fongueuse. 4 semaines après l'opération, après une convalescence non troublée, attaque de pneumonie, qui la tient 3 semaines et demi couchée et 1 semaine et demie avec la fièvre.

24 novembre. Menstruée pour la première fois après l'opération, 2 jours et demi, sans douleurs, non abondamment.

14 décembre. *La femme s'est très bien remise, elle a notablement engraissé, pèse plus que jamais. L'utérus rétrofléchi se laisse réduire et maintenir dans la situation normale par un pessaire. La longueur de sa cavité est juste de 9 centim.; le myôme situé au niveau du fond est devenu remarquablement plus petit. Tel est le résultat 3 mois et demi après l'opération.*

Subjectivement, sentiment de bien-être; objectivement, réduction de la longueur de la cavité utérine de 10 centim. et demi à 9 centim.; diminution notable du myôme (1).

Si nous reprenons les observations précédentes, et si nous y ajoutons les 4 cas dont nous ne devons pas nous occuper plus longuement, on voit que ces faits, *sous le rapport de* **l'âge**

(1) En janvier 1898, menstruation non abondante, sans douleurs, 2-3 jours. En avril 1898, menstruation, 9 jours, mais non abondante; diminution progressive du myôme.

des opérées, au moment de l'opération, se groupent comme suit :

13	cas	de 40 à 49 ans.
5	—	30 — 40 ans.
2	—	au-dessous de 30 ans.

La forte proportion des femmes ayant dépassé la quarantaine est frappante. Mais elle s'explique par les résultats extrêmement favorables que j'ai constatés, avec le temps, à la suite de l'opération chez les personnes de cet âge. J'aurai d'ailleurs à fournir encore, plus loin, l'explication de ce fait.

Relativement au **siège** des myômes, il s'agissait, pour le plus grand nombre, de myômes intrapariétaux du corps de l'utérus ; plusieurs siégeaient au niveau du fond de l'organe et étaient sous-séreux, enfin dans un cas (13) il s'agissait d'un myôme intraligamentaire. Je n'ai pas appliqué la méthode aux myômes situés dans la cavité utérine.

Sous le rapport du **volume** des myômes dans les divers cas, on peut dire en résumé : le plus grand nombre étaient des myômes petits, c'est-à-dire du volume d'une pomme à celui d'une orange ; dans quelques cas, ils atteignaient celui d'une tête fœtale et même dans le cas 7, il s'agissait d'un utérus myomateux presque de la grosseur d'une tête d'homme ; le résultat, notons-le ici par avance, fut même, dans ce cas, très satisfaisant.

En ce qui concerne le *temps d'observation* des 16 cas après la ligature, on obtient :

1 cas	observé	depuis l'année	1891	= 6 1/4 ans.
2 cas	—	—	1892	= 6 ans.
6 cas	—	—	1893	= 5 ans.
3 cas	—	—	1894	= 4 ans.
1 cas	—	—	1895	= 3 ans.
1 cas	—	—	1895	= non revus.
2 cas	—	—	1896	—
3 cas	—	—	1897	= environ 1 an.

1 cas opéré le 15 février 1898.

Ainsi donc, on a pu suivre 9 cas pendant 5 ans et au delà, 12 cas pendant plus de 4 ans après l'opération ; observer ce qu'ils sont devenus ; assurément, ce temps d'observation est suffisant pour justifier un jugement définitif sur ces faits.

La *méthode opératoire* fut dans tous les cas la même. Les malades furent préparées comme pour une grosse opération : exonération complète de l'intestin, rasement des poils du pubis, désinfection rigoureuse du vagin. Dans tous les cas où il y avait lieu de soupçonner un myôme sous-muqueux, l'utérus fut dilaté à la laminaire et exploré au début de l'opération, par la raison que j'extirpe radicalement les myômes situés dans la cavité utérine. Dans tous les cas on abrase la muqueuse de l'utérus. Cette abrasion terminée, libération circulaire en avant de la portion vaginale du col de l'utérus, cette incision est prolongée sur les côtés du col jusqu'à la face postérieure ; puis, on décolle (décollement mousse) entièrement la vessie du col et des ligaments larges de chaque côté. On décolle de même la muqueuse vaginale postérieure à droite et à gauche du col et on isole avec l'index de chaque côté le ligamentum « cardinale » (pédicule vasculaire utérin).

On sent alors, tenant ce ligament entre le pouce et l'index, les battements des principaux rameaux des artères utérines, en général au nombre de deux, la branche cervico-vaginale et la branche utérine; il est toutefois possible d'en trouver trois. Dans un but de sécurité, j'applique toujours trois ligatures qui portent sur les principales branches et qui comprennent par étages, des parties toujours plus élevées du « ligamentum cardinale (pédicule vasculaire) et la base du ligament large. Je me sers pour les ligatures, de soie forte et de l'aiguille de Deschamps. Si l'on prend de la soie trop fine, on risque, dans le cas où la paroi artérielle est arthéromateuse, en serrant le nœud, de sectionner le vaisseau, et comme l'extrémité latérale centrale se rétracte et que, par suite, on ne peut la saisir de suite avec une pince, on court le danger d'avoir affaire à une hémorrhagie intercurrente ; j'ai subi deux fois cet accident. Les fils sont coupés courts et perdus par la suture de la plaie vagi-

nale qu'on exécute après. Une bande de gaze iodoformée dans le cul-de-sac vaginal antérieur maintient la paroi vésicale décollée contre le col.

La portion vaginale du col de l'utérus, après la double ligature, paraît tout à fait livide. Les malades gardent le lit huit jours, et reçoivent leur *exeat* le dixième, avec la recommandation de faire encore longtemps, pour fortifier l'effet de l'opération, des irrigations chaudes. Je leur fais prendre aussi des préparations d'ergotine, sous forme pilulaire, pendant longtemps. Deux fois je trouvai le huitième jour après l'opération, en avant de la portion vaginale du col, dans le vagin, une membrane nécrosique, qui représentait la couche la plus interne de la musculeuse utérine — la muqueuse avait été enlevée avec la curette. — Cependant, la crainte exprimée ailleurs, qu'après la double ligature des utérines, la nutrition de l'utérus serait compromise, est sûrement absolument injustifiée.

Si même l'on pouvait s'aventurer, une fois la vessie décollée, à lier sur son trajet l'artère utérine sans courir le danger de saisir l'uretère ; je pense cependant qu'il est encore préférable de lier successivement, près du bord de l'utérus, tout près du point de division, les différentes branches ; de ce fait, le procédé opératoire reste sous tous les rapports bénin, sans danger, et peut être exécuté par des praticiens même peu exercés. *Comme suites immédiates de l'opération, apparaissent habituellement des douleurs vives*, que beaucoup de malades trouvent aussi fortes que les douleurs de l'enfantement ; elles persistèrent jusqu'à six jours chez un certain nombre d'opérées, puis, diminuèrent peu à peu d'intensité.

Je n'ai jamais observé des irrégularités dans la convalescence.

Fréquemment, les fils à ligature, après quelques semaines, se montrèrent dans les culs-de-sac vaginaux d'où l'on put les enlever facilement ; dans les autres cas, ils restèrent définitivement enkystés.

Le résultat clinique en premier lieu le plus remarquable fut l'action hémostatique rapide. Dans tous les cas, à l'excep-

tion d'un seul (13), c'étaient des métrorrhagies et des ménorrhagies incoercibles qui avaient fourni l'indication immédiate à l'intervention. Aussi, eut-on à constater, déjà après quelques semaines seulement, une amélioration satisfaisante de l'état général chez ces malades exsangues. *Dans trois seulement des cas soumis à mon observation* (2, 7, 14), *la première menstruation était survenue déjà quatre semaines après l'intervention ; dans tous les autres, elle se fit attendre plus longtemps :* 1 fois 6 semaines, 3 fois 7 semaines, 1 fois 40 jours, 2 fois 8 semaines, 1 fois 11 semaines et demie, 2 fois 3 mois, 1 fois 5 mois 20 jours, *deux fois la menstruation fut supprimée du coup et définitivement.* L'un des cas avec ménopause immédiate concernait une femme de 44 ans (cas 3), l'autre une femme de 32 ans (cas 9) : *chez cette dernière on avait, ailleurs, pratiqué la castration qui n'avait pas eu d'action favorable, durable, sur les hémorrhagies et sur le myôme. Or, la ligature vaginale des artères utérines amena la guérison immédiate.*

Il ressort de là, que la combinaison de la castration avec la ligature des artères utérines possède un effet curatif beaucoup plus sûr sur les myômes et les hémorrhagies auxquelles ils donnent lieu que la castration isolée.

Une fois seulement (cas 5), *on fut obligé, à cause du retour des ménorrhagies, de recourir à une nouvelle intervention, abrasion de la muqueuse utérine sans narcose,* 14 mois après l'opération. La femme dont il s'agit est actuellement dans la période de la ménopause ; depuis le moment de l'abrasion de la muqueuse utérine, elle était menstruée régulièrement et non abondamment.

Dans tous les autres cas, l'action hémostatique de l'intervention fut durable; durant le temps d'observation, de plusieurs années pour la plupart, les ménorrhagies ne se montrèrent plus. C'est là un résultat symptomatique qu'on ne peut désirer meilleur. Il explique comment les opérées peuvent, si promptement, reprendre des couleurs et engraisser. *Par là, la preuve est faite que dans les cas appropriés — j'avais assu-*

rément choisi les cas — la ligature vaginale des artères utérines peut maîtriser définitivement mieux qu'aucune autre méthode palliative les hémorrhagies causées par les myômes. Curettage, irrigations chaudes, électrolyse, médicaments internes s'étaient déjà montrés sans efficacité durable dans la plupart des cas, lorsque ceux-ci s'étaient présentés à l'opération ; or, cette opération innocente, de peu d'importance, conservatrice, fournit, sauf dans un seul cas, un résultat immédiat et définitif. Mais, combien souvent les hémorrhagies sont-elles, ici, le seul prétexte pour des opérations mettant la vie en péril et mutilatrices ! Combien de ces opérations trop radicales devraient donc devenir inutiles !

Comment s'explique l'action hémostatique remarquable de l'opération ?

Il est 3 circonstances qu'on doit prendre en considération : 1° l'anémie se produisant subite et persistant longtemps de l'utérus ; 2° l'atrophie de la muqueuse utérine qui peut persister longtemps après l'abrasion ; 3° le développement *sous-séreux* consécutif à l'opération des tumeurs jusque-là intra-pariétales, extériorisation qui évidemment s'accomplit sous l'influence de la mise en jeu de la contractilité utérine (douleurs actives), et qui est presque régulièrement observée. On sait que les myômes sous-séreux ne donnent jamais lieu à des hémorrhagies.

J'ai vu comme conséquence de ce phénomène en vertu duquel des tumeurs jusque-là interstitielles se dégagent peu à peu après la ligature de la paroi utérine, des douleurs survenir. Un myôme rétro-utérin, bas situé, avait assurément après la ligature diminué de volume, mais il s'était porté de la paroi utérine vers le rectum, au point que profondément dans le Douglas, il était étroitement accolé à la paroi rectale et causait des douleurs vives pendant le coït et la défécation. La femme, qui avait déjà atteint la ménopause, se décida, en raison de ces accidents, à se faire extirper ailleurs le myôme (Cas II).

Mais que ce phénomène joue un rôle important dans l'arrêt définitif des ménorrhagies, cela ressort indirectement du fait

que ce résultat symptomatique *définitif* de la ligature, dans les cas d'hémorrhagies climatériques, incoercibles d'utérus simplement hyperplasiés et *non myomateux*, ne peut être attendu avec la même certitude. L'observation suivante fournit un exemple très instructif à ce sujet.

Obs. 17. — B..., 48 ans (reçue le 20 avril 1893).

Anamnèse : Premières règles à 20 ans ; menstruation régulière, toutes les 4 semaines ; 4 accouchements à terme normaux ; suites de couches normales. Depuis quelques mois, ménorrhagies très fortes, *depuis 3 semaines, hémorrhagies persistantes.*

État au moment de l'admission : orifice vaginal et vagin larges, dans le vagin beaucoup de sang, les deux parois vaginales, la postérieure surtout, très descendues, rectocèle vaginale. Portion vaginale du col très basse et dirigée en avant ; corps de l'utérus fortement rétrofléchi, très augmenté de volume, du volume d'une tête d'enfant, sa surface uniformément lisse, on ne constate pas de myôme ; cavité utérine longue de 11 centim.

Traitement : Réduction manuelle de l'utérus, pessaire, douches vaginales chaudes, repos au lit, pilules d'ergotine.

14 novembre 1893. La patiente perd, depuis 3 semaines, sans discontinuer, beaucoup de sang, et expulse de nombreux caillots. Il existe une anémie profonde et un si grand affaiblissement que la malade est incapable de travailler. La femme entre à la clinique.

15 novembre 1893. Incision circulaire de la portion vaginale du col de l'utérus en avant, décollement de la vessie du col de l'utérus, et des ligaments larges, section médiane de la paroi antérieure du col pour permettre l'exploration de la cavité utérine, parce qu'on soupçonne l'existence d'un myôme sous-muqueux. Cavité utérine libre ; la muqueuse lisse mais hyperplasiée est curettée ; *fixation vaginale de l'utérus de nouveau en rétroflexion, environ 3 centim. au-dessus de l'orifice interne, au moyen de 3 ligatures* à la soie menées verticalement qui sont nouées dans le vagin ; *ligature des artères utérines avec 3 ligatures à la soie* qui, suivant le procédé typique, sont perdues par l'occlusion transversale de la plaie vaginale. *Colpopérinéorrhaphie postérieure médiane.* Dans le tissu connectif recto-vaginal se trouve un kyste gros comme une cerise qu'on extirpe.

Convalescence régulière, immédiatement avant la sortie de la malade, hémorrhagie légère.

5 décembre 1893. L'utérus est notablement plus petit, il est en antéversion. Des deux côtés de l'utérus, on sent, dans les ligaments larges particulièrement à droite, les ligatures comme des noyaux paramétritiques, du volume environ d'une cerise.

Le 2. Les fils qui ont servi pour la fixation vaginale sont enlevés. L'utérus a largement le volume normal, il est relativement bien mobile. Les ligatures des utérines donnent la sensation de noyaux durs, cicatriciels, gros comme des avelines. La femme n'est pas encore menstruée.

2 janvier 1894. Depuis la ligature, aménorrhée. La femme se sent bien.

7 février. Utérus à peine de dimensions normales, en antéversion; dans le cul-de-sac droit de ce vagin, nœud de la ligature sous-jacente, on l'enlève.

8 juin. *Pour la première fois depuis la ligature la femme est de nouveau menstruée,* mais elle perd du sang à partir de ce moment, sauf de courtes interruptions, jusqu'au 28 juillet 1898, en abondance. Comme les moyens palliatifs restent sans résultat, que la femme a besoin de pouvoir travailler, je me décide le 28 juillet 1898, à pratiquer *l'extirpation vaginale totale* de l'utérus peu augmenté de volume, bien qu'on pût écarter, sûrement, l'hypothèse d'une dégénérescence maligne. Le curettage explorateur avait revélé seulement une hyperplasie fongueuse de la muqueuse. Convalescence régulière. Guérison définitive.

Il est intéressant de noter que dans l'extirpation totale, on n'eut pas besoin de lier les rameaux principaux des artères utérines dont le calibre était devenu tout à fait petit.

Sur l'utérus extirpé on put anatomiquement établir que les branches principales des utérines qui avaient été liées, très volumineuses au moment de la ligature, étaient, dans le court intervalle du temps écoulé, devenues à n'avoir plus qu'une très étroite lumière, évidemment parce qu'elles s'étaient adaptées à la masse de sang réduite qui leur arrivait après la ligature.

Il s'agit maintenant d'envisager quelle est l'influence de la ligature sur le myôme lui-même? Quand je conseillai la méthode

je visais non seulement à obtenir un résultat symptomatique, mais aussi une réduction de la tumeur. La méthode a-t-elle répondu à cette espérance ? Si oui, elle mériterait d'être rangée parmi les moyens curatifs *radicaux* des myômes utérins. Cette question doit trouver ici sa réponse dans les seuls résultats d'une expérience personnelle.

Que la ligature des artères utérines exerce une action de réduction sur la masse totale de l'utérus, le fait a toujours été constaté déjà au moment où les femmes quittaient la clinique. La longueur de la cavité utérine, donnée la plus convenable pour apprécier la diminution du volume *in toto*, différait dans ce sens déjà après une courte convalescence, parfois même d'une façon remarquable, de ce qu'elle était avant; je renvoie à ce point de vue aux faits cliniques relatés plus haut. Mais la réduction de la *tumeur* ne suit pas avec autant de constance et de sûreté la diminution de la cavité utérine. Par l'oblitération brusque des artères utérines, l'organe en totalité est d'un coup et si brusquement placé dans des conditions de nutrition si défavorables qu'il n'y a aucunement à s'étonner si la paroi du corps de l'utérus jusque-là rénitente, gorgée de suc, prend une consistance flasque, molle, caractères qui en général se manifestent aussi sur les myômes dont elle est le siège. L'arrêt de la circulation dans les artères utérines exige qu'un certain temps s'écoule pour que l'apport sanguin artériel s'établisse par la voie de la circulation collatérale pour les besoins de la nutrition.

Il est besoin ici d'autant de temps qu'on constate très nettement qu'il en faut dans les processus thrombosiques artériels consécutifs aux maladies infectieuses dans les régions appartenant aux extrémités inférieures.

Si l'on examine pendant cette période où l'apport sanguin artériel est diminué d'une manière aiguë, on pourra constater la plupart du temps aussi une diminution des tumeurs. Mais la question se pose alors ainsi : cet effet primitif favorable, qu'on peut constater, a-t-il des chances d'être *durable*, ou bien va-t-il s'effacer avec le rétablissement de la circulation artérielle? La question étant ainsi posée, il en résulte qu'on ne peut utiliser

pour élucider le point qui nous intéresse ici, que les cas soumis longtemps, depuis le moment de l'opération, au contrôle clinique. Ainsi dans le cas 13, je pus noter une réduction de la tumeur encore un an après l'opération ; mais actuellement, en réponse à une brève question, il m'a été communiqué qu'un gynécologue de Breslau avait constaté un nouvel accroissement du myôme intraligamentaire. Comme ce cas est également le seul dans lequel la ligature fut faite non pour des ménorrhagies, mais en raison de l'accroissement rapide de la tumeur et de certains phénomènes nerveux génitaux, nous devons l'enregistrer, abstraction faite de la diminution transitoire de volume observée, comme un insuccès. La cause de cet insuccès fut moins le jeune âge de la malade que le siège défavorable du myôme. En soumettant ce cas à la méthode opératoire je me départis en réalité du principe fondamental que j'avais posé pour le choix des cas parce que les tumeurs intra-ligamentaires, je reviendrai sur ce point, ont par les nombreuses anastomoses qui, dans l'épaisseur des ligaments larges, existent entre les artères spermatiques et les branches terminales des utérines, même après la ligature de ces artères utérines, leur nutrition assurée. Cet insuccès, en réalité, ne constitue donc pas un échec à la méthode, mais établit un choix non judicieux du cas ; si je l'avais apprécié justement, je n'aurais pas dû la soumettre à ce procédé opératoire.

D'ailleurs, il se peut que le jeune âge de la femme n'ait pas été sans influer quelque peu sur le résultat ; je suis d'autant plus enclin à admettre cette influence qu'aussi dans le cas 2, qui concerne une malade de 26 ans, on n'a obtenu qu'un arrêt de l'accroissement et non une diminution de la tumeur, bien que dans ce cas il s'agît de myômes, multiples, intra-pariétaux, qui, par eux-mêmes, sont très justiciables de la méthode opératoire. De ces faits, il résulte que le jeune âge des malades n'est pas tout au moins favorable à la régression définitive des myômes.

Dans les autres 14 cas, les myômes sont toujours et définitivement devenus plus petits ; dans 7 cas même, eu égard à l'exploration clinique, ils ont totalement disparu.

Cliniquement, c'est-à-dire au toucher et à la palpation combinés, les tumeurs n'étaient plus constatables dans les cas 3, 4, 5, 8, 9, 12, 14. Les cas 5 et 4 sont particulièrement concluants, parce qu'ils m'avaient été adressés par des médecins qui avaient déjà, eux-mêmes, diagnostiqué les myômes avant l'opération, avaient avec moi consécutivement suivi les malades et avaient pu se convaincre du résultat radical de la thérapeutique appliquée. Pour ma part, je considère, sous le point de vue clinique, comme entièrement réprimés, des myômes qui ne sont plus constatables même pour des chirurgiens habiles, exercés, alors même que l'examen anatomo-pathologique serait susceptible de révéler encore de petits vestiges myomateux dans l'épaisseur de la paroi utérine.

En tout cas, ces sept faits démontrent que la ligature vaginale des artères utérines dans des cas CONVENABLEMENT CHOISIS *de myômes utérins est capable de réduire les tumeurs à des noyaux, à des restes si minimes qu'ils ne sont plus constatables à l'exploration clinique.* Pour la raison qu'il m'a été possible de mettre bien ce fait en évidence, on doit reconnaître que cette petite opération peut avoir un effet thérapeutique plus que symptomatique.

La conception n'a eu lieu dans aucun des cas. D'ailleurs, deux opérées seulement se sont trouvées dans les conditions de concevoir, et il ne faut pas perdre de vue que 13 femmes étaient âgées de 40 ans et plus. Si même la conception devait être rendue plus difficile par la ligature comme conséquence de l'atrophie de la muqueuse connexe et prolongée, je verrais plutôt dans ce fait un avantage qu'un inconvénient de la méthode ; car l'hyperhémie, qui sous l'influence d'une nouvelle grossesse, se produit au niveau de l'utérus, peut trop facilement donner une nouvelle impulsion à l'accroissement de la tumeur. Mais que la conception puisse avoir lieu après la ligature, le fait ressort du travail de Frédérick qu'Hartmann et Fredet citent page 113 de ce journal.

Pour résumer tout ce qui a été dit, nous devons déclarer comme étant très satisfaisants les résultats qui ressortent de

l'ensemble des observations personnelles que nous avons rapportées dans ce travail. Mais je doute que les résultats eussent été aussi bons si je ne m'étais pas aussi vivement préoccupé par avance de savoir si les cas étaient bien justiciables de la méthode. Le succès est lié à ce souci, à ce soin, assurément pas toujours facile, d'appliquer la méthode à propos. Celui qui, sans réflexion, sans examen critique des faits, voudra l'appliquer à n'importe quel cas de myôme utérin ne devra pas s'étonner s'il subit un échec. Il ne faut jamais oublier que le résultat dépend exclusivement de cette circonstance : le myôme sera-t-il suffisamment, surtout d'une façon durable, atteint dans sa nutrition par la ligature des artères utérines? Il suit de ces considérations *qu'en général, sont seuls justiciables de la méthode les myômes qui sont exclusivement vascularisés par les artères utérines*. Mais si, déjà à l'origine, l'artère spermatique interne concourt à la vascularisation de la tumeur comme c'est le cas chez les myômes intra-ligamentaires, ou bien si la tumeur à la faveur d'adhérences avec les organes voisins a acquis de nouveaux vaisseaux, dans ces conditions la fermeture des artères utérines, même lorsque ces artères, ce qui est le fait habituel, prennent la plus grande part à cette vascularisation, ne peut avoir qu'une action atrophique à peine plus que temporaire. Le point capital dans le choix des indications, même pour les tumeurs exclusivement alimentées par les artères utérines, est dans cette question : les anastomoses existantes avec les autres artères, dont les plus dignes de notre attention sont les artères spermatiques internes, sont-elles si abondantes et anatomiquement si bien distribuées que l'afflux sanguin vers les tumeurs peut par cette voie s'établir vite et d'une façon suffisante? S'il en est ainsi, le résultat de l'opération reste toujours très problématique. On le voit, nous devons ici faire appel à l'anatomie, et pour bien déterminer les données d'après lesquelles on pourra choisir les cas justiciables de la méthode, nous remémorer d'abord brièvement les conditions de circulation artérielle de l'utérus et de son voisinage immédiat.

Les artères utérines, qui normalement l'emportent beaucoup

par leur calibre sur les artères spermatiques, fournissent à tout l'utérus, et donnent différents rameaux dirigés vers la ligne médiane au ligament large déjà au niveau de leur entrecroisement avec l'uretère, lequel, pour sa part, reçoit aussi un petit rameau de l'utérine. Le rameau cervico-vaginal qui se détache un peu plus vers l'utérus et qui irrigue le col *s'anastomose par l'artère azygos vaginale avec l'artère vaginale*. Après que la branche principale, qui chemine presque parallèlement au bord de l'utérus et tout près de lui dans la direction du fond de l'organe, a émis des rameaux nombreux dans la paroi du corps utérin, elle se divise dans sa portion terminale en 3 branches secondaires : *a*) le *rameau de l'ovaire* qui dans les couches les plus profondes du ligament propre de l'ovaire chemine vers celui-ci en passant près du hile de cet organe et se *jette immédiatement dans l'artère spermatique interne*; *b*) le rameau tubaire qui, transversalement, parallèlement à la trompe, chemine dans le mésosalpinx, irrigue la trompe, et *par cette voie s'abouche avec le rameau ovarique et par celui-ci, mais directement aussi, forme des anastomoses réelles avec l'artère spermatique interne. Ce rameau donne avant une petite artère au ligament rond* (*art. ligam. teretis uteri*) *et par elle s'anastomose avec l'artère épigastrique inférieure ou l'artère spermatique externe*; *c*) *le rameau utérin terminal qui irrigue le fond de l'utérus*. L'artère spermatique interne à partir de son point d'entrée dans le ligament suspenseur de l'ovaire marche assez directement dans la direction de la corne utérine. On voit combien est étendu le domaine de la circulation de l'artère utérine et cela permet facilement de comprendre l'action puissante de sa soustraction brusque. Mais on voit aussi, d'autre part, combien il est pourvu à une circulation collatérale *dans le ligament large* par l'artère spermatique interne et combien en outre l'apport sanguin *au fond de l'utérus* est facilité par l'artère spermatique interne et avec l'intermédiaire de l'artère du ligament rond (*art. ligam. teretis uteri*) par l'artère épigastrique inférieure ou l'artère spermatique externe. De ces considérations il suit que *les myômes intra-ligamentaires et*

ceux situés dans le fond de l'utérus sont pour ainsi dire garés contre un trouble de nutrition durable à la suite de la ligature des artères utérines.

Mais les conditions sont tout autres après la ligature des artères utérines quand il s'agit de myômes situés bas, et développés en réalité dans la paroi du corps de l'utérus. Les tumeurs ne peuvent plus recevoir du sang artériel que de l'artère spermatique interne et par l'intermédiaire de l'artère du ligament rond (*art. ligam. teretis uteri*) des ramifications terminales de l'artère épigastrique. L'anastomose entre l'artère vaginale et le rameau cervico-vaginal de l'utérus ne peut servir, exclusivement, qu'au col. Il ne peut en effet arriver du sang à la branche principale de l'utérine par cette voie parce que le rameau cervico-vaginal est lié tout au niveau de son point d'émergence du tronc de l'artère utérine et qu'il s'atrophie (1). La circulation sanguine dans la branche principale de l'utérine, de laquelle seule le corps de l'utérus reçoit le sang nourricier se fait donc maintenant dans une direction *inverse*, le sang lui arrive maintenant d'en haut (de l'artère spermatique interne et par l'artère du ligament rond) ; l'onde sanguine vient refluer au niveau du point de ligature; de ce fait la pression du sang s'abaisse, et le sang trouve de là, sous une pression plus faible, son écoulement dans les nombreux rameaux secondaires qui se perdent dans la paroi du corps. Et précisément, ici, l'onde sanguine doit forcer des résistances plus grandes : les petites artères présentent en effet de nombreuses spirales en tire-bouchon et de plus elles subissent la résistance immédiate de la musculeuse utérine contractile, qui — ainsi qu'il ressort de l'observation des phénomènes cliniques, immédiatement après la ligature des utérines — est amenée à un état de contraction prolongée et intense.

(1) Il est vrai, il y a une anastomose entre ce rameau cervico-vaginal et le premier rameau secondaire que donne l'artère utérine au corps de l'utérus; mais, par la troisième des ligatures ce premier rameau secondaire du corps de l'utérus est lié aussi et tout au niveau de son point d'émergence.

En quelle médiocre quantité et sous quelle faible pression le sang artériel trouvera-t-il maintenant sa voie jusqu'à la capsule de la tumeur, et cependant la quantité et avant tout la pression du sang devrait suffire à maintenir la circulation de là à travers le réseau vasculaire très ramifié de chaque myôme ! Qu'on se souvienne qu'ici non seulement les capillaires, mais aussi les petites artères sont réduites à de simples tubes endothéliaux, immédiatement enfouis dans la substance de la tumeur et soumis à sa résistance, et l'on concevra facilement que les conditions de nutrition de semblables tumeurs sont après la ligature des artères utérines très défavorables et qu'elles peuvent rester ainsi. Comment, en effet, ces conditions seraient-elles susceptibles de beaucoup s'améliorer lorsque l'examen de l'utérus extirpé 9 mois après la ligature, nous enseigne qu'après la ligature le calibre de l'artère utérine diminue d'une façon durable en ce sens qu'il s'adapte à la diminution qui s'est produite dans la circulation et qu'il ne se présente plus à l'examen anatomique, macroscopique que comme un rameau secondaire de l'artère spermatique interne. Sous ce point de vue, ce cas (17) fut très instructif, il a fourni la preuve anatomique qui, combinée avec les considérations physiologiques élevées aussi sur une base anatomique et développées ici même, nous explique scientifiquement pourquoi et dans quelles conditions la ligature des artères utérines peut exercer cet effet curatif sur les myômes, que l'expérience pratique a démontré.

Des considérations anatomiques précédentes il ressort jusqu'à quel point le succès de la méthode dépend du **siège** *des myômes, et combien il importe de placer, dans le choix des cas, cet élément d'appréciation au premier rang.*

Les myômes qui sont les plus justiciables de la méthode sont essentiellement les myômes interstitiels développés dans la portion inférieure et moyenne de la matrice, moins ceux qui sont situés au niveau du fond de l'utérus et pas du tout les tumeurs intraligamentaires. Donc rien d'étonnant si le seul cas (13) dans lequel je ne réussis qu'à arrêter — passagèrement seulement — l'accroissement de la tumeur,

était un myôme intra-ligamentaire. Les myômes intra-ligamentaires — en raison du riche réseau anastomotique qui existe entre l'artère spermatique interne et l'artère utérine — ne conviennent pas pour la méthode, et d'autant moins que ces tumeurs contractent très facilement des adhérences superficielles avec le plancher périnéal et qu'elles peuvent tirer de ces adhérences de nouveaux et multiples vaisseaux artériels. Quiconque, à maintes reprises, aura eu l'occasion d'énucléer de tels myômes des ligaments larges, aura pu se convaincre de la réalité de ces faits.

De même, la localisation du myôme au niveau du fond de l'utérus devrait être, d'après nos considérations anatomiques, tenue en général pour une contre-indication. Cependant, un coup d'œil rétrospectif sur nos observations montre que, *chez les femmes qui se trouvaient au voisinage immédiat de la ménopause*, j'ai, avec succès et pas seulement avec un résultat symptomatique, soumis à la méthode même les myômes occupant le fond de la matrice. Comment expliquer cela ?

Pour la solution de ce point, je désire renvoyer le lecteur à un travail antérieur, « Ueber die Castrationsatrophie des Uterus. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LIII », dans lequel je cherchai à mettre en évidence l'importance capitale qu'a le processus de l'ovulation dans la nutrition de l'utérus. « Pour que l'utérus possède ce volume et cette consistance qu'il acquiert chez la femme dans sa plénitude sexuelle, un relâchement périodique de ses vasomoteurs, que seul le processus de l'ovulation entraîne avec lui, est une condition *sine quâ non.* » Il n'est aucunement douteux qu'avec la cessation du processus de l'ovulation se produit simultanément une exagération du tonus dans les artères de l'ovaire et de l'utérus, phénomène qui a cette conséquence que l'afflux artériel périodique vers l'utérus cesse et que l'organe, d'une façon physiologique, se trouve placé dans des conditions de nutrition défavorables. Si, dans ces conditions, à ce moment, on fait la ligature des artères utérines, c'est assez pour les artères spermatiques internes, peu susceptibles maintenant de

se dilater, que d'avoir à nourrir, à assurer la vie de l'utérus lui-même ; on ne peut plus compter que, dans les conditions indiquées, il puisse se produire une augmentation compensatrice de l'apport sanguin vers l'utérus, conditions nécessaires à l'accroissement du myôme.

Ainsi le processus physiologique de la ménopause qui d'ailleurs, par lui-même, suffit à produire l'involution sénile de l'utérus, fortifie, accentue l'effet de la ligature vaginale des artères utérines.

Ce n'est donc pas un pur hasard, si presque les deux tiers de mes cas concernent des femmes âgées de plus de 40 ans. L'expérience pratique que j'ai acquise avec ces faits, cadre bien avec les considérations théoriques que j'ai développées ici même et qui, a *priori*, m'inclinaient à voir précisément ces femmes arrivées à un âge assez avancé comme tout particulièrement justiciables de la méthode.

Je puis aujourd'hui formuler cette proposition : *plus la femme atteinte de tumeur myomateuse est rapprochée de la ménopause, d autant plus grandes sont les chances d'un succès radical par la méthode de la ligature.*

Inversement, chez les sujets jeunes, en plein épanouissement des processus ovulaires, les états congestifs, périodiques, créés par les crises de l'ovulation, paraissent parfois, principalement quand les myômes ont un siège défavorable, inhiber l'effet curatif radical de la ligature. *Aussi, doit-on également prendre en sérieuse considération, dans le choix des cas, l'**âge** des malades.*

De même la **grosseur** de la tumeur n'est pas un facteur indifférent au point de vue du succès, bien que sous ce rapport il soit impossible de tracer des limites aussi nettes ; j'ai pu précisément dans un cas (7) où il s'agissait d'un utérus myomateux de la grosseur d'une tête d'homme, obtenir une action favorable même sous le rapport de la régression de la tumeur. En tout cas, deux facteurs défavorables entrent en jeu du fait de l'accroissement du volume de la tumeur : 1° L'accroissement progressif de la tumeur entraîne, même dans les cas où les myômes

sont exclusivement nourris par les artères utérines, progressivement une telle dilatation des artères anastomotiques spermatiques, que la nutrition ultérieure des tumeurs, même après la ligature des artères utérines, doit être assurée. 2° Avec l'augmentation du volume des tumeurs, il est vraisemblable que celles-ci contractent des adhérences avec les organes voisins, particulièrement avec l'épiploon, et qu'elles en retirent de nouveaux vaisseaux artériels. Il est à peine possible d'établir par avance, avec certitude, l'existence de ces deux circonstances ; peut-être est-il encore plus aisé, par le toucher et le palper combinés, de tirer des conclusions de temps à autre — mais non toujours, bien loin de là — sur la présence d'adhérences. Mais comme l'expérience pratique nous a enseigné que dans les myômes qui ne dépassent que peu le volume d'une tête d'enfant, ces deux circonstances en général n'existent pas, nous dirons ici — où il s'agit de préciser un point de vue *général* pour la sélection judicieuse des cas, que les myômes, jusqu'à ce volume, sont parfaitement justiciables de la méthode. Comme en outre les tumeurs *sous-séreuses* contractent plus facilement des adhérences que les tumeurs intra-murales, on peut formuler cette proposition tout à fait générale :

La méthode de la ligature vaginale des artères utérines est surtout applicable dans les cas de myômes petits, intrapariétaux, des portions inférieure et moyenne du corps de l'utérus, qui ne dépassent pas notablement le volume d'une tête d'enfant, particulièrement chez les femmes qui se rapprochent de la ménopause.

Mais comme la ligature des artères utérines arrête avec une certaine sûreté les hémorrhagies, elle est encore indiquée dans tous les cas, quels que soient l'âge des sujets, le volume et le siège du myôme, où on se trouve en présence de *femmes tout à fait exsangues et épuisées*, qui succomberaient sûrement à une intervention radicale. Dans beaucoup de ces cas douteux on pourra obtenir non seulement la cessation des hémorrhagies, mais même, si les autres conditions sont favorables, la régression de la tumeur sans qu'il soit besoin de soumettre les

femmes à une opération qui mette la vie en danger. Comme preuve, je renvoie aux cas de Léopold, *loc. cit. Cent. f. Gyn.*, 1845, p. 291. Il dit : « Enfin, les hémorrhagies par myômes peuvent être profuses, particulièrement dans les cas de myômes interstitiels sous-muqueux. L'état des forces des malades peut alors interdire même les beaux procédés opératoires d'énucléation. Léopold a eu plusieurs fois à traiter des cas de ce genre.

« Le procédé de la ligature isolée des artères utérines, déjà vivement préconisé ailleurs, lui a rendu un remarquable service dans un cas très grave. Après la ligature, des hémorrhagies extrêmement fortes, qui duraient depuis des semaines, s'arrêtèrent immédiatement, et depuis plusieurs mois l'utérus reste remarquablement rétracté. »

En dépit de sa bénignité, de son innocuité, je n'applique pas la méthode préventivement, mais seulement quand il y a des indications rigoureuses, strictes à son emploi. L'indication primordiale, ce sont les hémorrhagies profuses, rebelles aux autres traitements ; puis, l'accroissement rapide des tumeurs, les douleurs locales ou générales qu'elles déterminent constituent des indications à la ligature, à condition toutefois que les cas soient, sous les autres rapports, justiciables de la méthode.

S'agit-il de myômes petits, situés dans la cavité utérine, je préfère, après section médiane de la paroi antérieure du col ou du corps de l'utérus, procéder à leur extirpation radicale par le vagin, soit *in toto*, soit par voie de morcellement. Pour cette raison, j'explore, systématiquement, la cavité utérine, toutes les fois que des hémorrhagies utérines profuses éveillent l'idée d'un de ces myômes *sous-muqueux*. De même, je tâche d'énucléer ces myômes petits *sous-séreux*, auxquels sont immédiatement accolés la vessie ou le rectum, et qui causent des douleurs vives par compression. La colpotomie antérieure ou postérieure conduit ici commodément et relativement sans danger au but. Mais lorsqu'il existe des myômes mutiples, dont l'énucléation par le vagin n'est pas sans danger, ou bien si cette énucléation n'est plus possible *avec la conservation de l'utérus*, et lorsque

des opérations dangereuses, multilatrices comme le morcellement vaginal de l'utérus ou la myomotomie abdominale devraient entrer en ligne de compte, alors j'ai recours — dans les cas appropriés bien entendu — à la ligature vaginale des artères utérines, *conservatrice* et exempte de dangers. Si le succès fait défaut, on n'a pas nui à la malade : on a plutôt fait une opération préalable utile pour une intervention radicale, éventuelle, parce que, dans ce cas, on n'a plus à faire la ligature des utérines. Mais, en beaucoup de cas, la ligature vaginale des utérines, exempte de dangers, sera substituée avec le meilleur succès aux opérations mutilatrices, mettant la vie en danger et rendra de la manière la plus satisfaisante la santé aux femmes atteintes de myômes, sans les priver de leur matrice que — même à la période de la ménopause — je ne puis considérer comme une quantité négligeable.

J'espère donner une extension plus grande à l'indication et à l'emploi de cette opération pour les tumeurs plus volumineuses, en éliminant en même temps les anastomoses des ligaments ronds. L'opération n'en sera pas plus dangereuse ; il est facile de dénuder dans la région inguinale externe les ligaments ronds et de les lier en masse après les avoir tirés un peu hors du canal inguinal.

LA VALEUR DU SÉRUM ANTISTREPTOCOCCIQUE

Par le Professeur **Queirel**, de Marseille.

Parmi les questions actuelles, il n'en est pas, en médecine, de plus intéressante que celle de la sérothérapie. L'esprit est volontiers séduit par cette antithèse du poison et du contre-poison.

La doctrine parasitaire appelle le microbicide, la toxine demande l'antitoxine, et de fait la sérothérapie prend chaque jour une allure plus scientifique, plus positive ! Mais si par l'expérimentation sur les animaux, on peut calculer, presque

mathématiquement, la dose immunisante à opposer à la virulence d'une infection communiquée, il n'en est plus de même en clinique pour la médecine humaine et je crains que, longtemps encore, nous soyons obligés de nous contenter, ainsi que le disaient MM. Bar et Tissier, des manifestations générales que nous observons au lit d'un malade. Sans doute on pourra toujours apprécier la gravité plus ou moins grande d'une infection et la valeur des accidents par lesquels elle se manifeste, d'où la possibilité d'opposer un traitement antivirulent plus ou moins énergique; mais enfin la dose exacte de sérum antitoxique et l'intensité de son pouvoir immunisant resteront toujours un problème qu'on ne pourra résoudre que par à peu près.

Est-ce à dire pour cela que l'on doive se priver du précieux moyen que met la thérapeutique nouvelle à notre disposition ? Loin de nous cette pensée ?

Que les sérums spécifiques agissent comme microbicides en exaltant les propriétés des phagocytes ; du moment qu'ils mettent l'organisme dans un état de plus grande résistance, on doit les considérer comme les bienvenus, dans les affections puerpérales, où l'issue était presque toujours fatale.

Nous avons employé le sérum de Marmorek dans 17 cas d'infection puerpérale, 3 fois contre des érysipèles et 14 fois contre la septicémie. Nous n'avons perdu que deux malades !... A priori et en ne tenant compte que des faits bruts, le résultat paraît favorable à cette méthode thérapeutique ; mais la guérison peut-elle être mise uniquement sur le compte de l'emploi du sérum ?

L'histoire de chaque malade nous fournira des renseignements à ce sujet.

S'il est une affection où le streptocoque soit considéré comme l'élément principal, sinon exclusif de l'infection, c'est bien dans l'érysipèle et c'est dans ces cas que le sérum antistreptococcique est indiqué et doit avoir son maximum d'action. Mais pour que cette action fût indiscutable, il faudrait qu'il se passât toujours ce qui s'est passé dans notre observation n° 1, résumée ici en quelques mots :

Érysipèle puerpéral déclaré le 22e jour : injection de Marmorek

de deux fois 10 c.c., chute de la température définitive. Guérison.

Voilà un type qui ressemble à ce que l'on observe dans les injections antidiphtéritiques; à ce que le professeur Chantemesse a observé un grand nombre de fois, sur plus de 1,000 cas d'érysipèle, traités par le sérum de Marmorek. Il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. En effet, deux autres érysipèles, où nous avons employé le même sérum, n'ont été modifiés, ni dans leur marche, ni dans leurs manifestations; une fois le décès est survenu le lendemain de l'injection (obs. XI). C'était un cas grave, il est vrai, et pour lequel on peut se demander si la dose était suffisante et si le sérum n'avait pas été employé trop tard. Laissant donc de côté ce cas malheureux, nous citerons encore notre observation XVII, où, ni la température, ni la marche envahissante de l'érysipèle n'ont été influencées et que nous avons fini par traiter avec les injections de sérum artificiel.

Je n'ai donc pas à beaucoup près une expérience de la chose aussi grande que celle de M. Chantemesse (*Sem. méd.*, 1er janvier 1896); mais il m'a semblé pourtant que le sérum Marmorek n'agissait pas comme un contrepoison, comme un microbicide, s'attaquant directement au streptocoque.

Peut-être mettrait-il plutôt l'organisme en position de se défendre contre l'infection, malgré les petites quantités qu'on fait absorber à celui-ci.

Il est tout à fait juste de dire que dans ces trois cas d'érysipèle, comme d'ailleurs dans tous ceux d'infection puerpérale, j'ai toujours attendu que la septicémie soit déclarée d'une façon irrécusable pour employer le sérum Marmorek, alors par exemple que les injections intra-utérines avaient été impuissantes à enrayer la maladie et à abaisser la température.

Peut-être est-ce un tort? Peut-être faudrait-il employer la sérothérapie d'emblée? Peut-être même comme prophylactique des accidents à redouter?

Mais alors on eût pu objecter que la guérison n'était pas due à cette méthode et que les accidents eussent cédé sans qu'on y ait eu recours!

Quoi qu'il en soit, sur nos 17 observations : 13 fois la tempé-

rature dépassa 40° (centigrades) et même sur les 13 cas une fois elle était montée à 42° (guérison) et 2 fois au-dessus de 41° (guérison) quand on a employé le sérum.

Nous avons eu deux morts (obs. XI, temp. 40°; obs. XIII, temp. 40°) 4 fois, la température, au-dessus de 39°, n'atteignit pas 40 (4 guérisons).

Nous avons obtenu la chute définitive après l'injection de 20 c.c. dans 5 cas (obs. : I, VII, IX, XII, XV).

De 30 c.c. dans 5 cas (obs. II, V, VIII, X, XVI); dans l'observation XI, il avait été employé aussi 30 c.c. (décès), dans l'observation XVII il a été employé encore 30 c.c. en 2 fois, mais le sérum artificiel est venu jouer un rôle que nous apprécions plus loin.

Après l'injection de 50 c.c. dans l'observation XIV; mais 50 c.c. dans l'observation XIII n'ont pu arrêter la marche de la maladie, après l'injection de 60 c.c. dans l'observation III et enfin après l'injection de 110 c.c. dans les observations IV et VI.

Ces injections ont toujours été employées à la dose de 10 c.c. et 20 c.c. à la fois. Il nous a semblé que les doses de 20 c.c. doivent être données d'emblée, sauf à poursuivre les accidents par des doses successives de 20 c.c. ou de 10 c.c. répétées jusqu'à la chute définitive de la température.

Les observations VI et XVII méritent une mention particulière. La malade qui fait l'objet de l'observation VI nous avait présenté des symptômes typhiques.

Le séro-diagnostic, fait trois fois, a été positif 2 fois. De plus, chez cette femme deux abcès se sont formés dans les fosses iliaques droite et gauche, et deux fois on a retiré du pus stérile.

Dans l'observation XVII la malade n'a commencé à aller mieux qu'après une injection sous-cutanée de 500 gr. de sérum artificiel (formule Hayem) faite deux jours après la deuxième Marmorek; à cette femme on a injecté quotidiennement 100 gr. de sérum artificiel, pendant six jours consécutifs et après, pendant 4 jours, des lavements de sérum (100 gr.).

Ce fait nous avait donné l'impression que le sérum artificiel pouvait agir dans le même sens que celui de Marmorek en excitant la phagocytose. Nous avons eu l'idée de l'employer ex-

clusivement dans un cas d'infection post-partum grave, envoyé de la ville, dans notre service, la femme déjà accouchée et infectée. C'est celle qui fait l'objet de l'observation XVIII, et comme la malade a guéri rapidement, nous avons tenu la même conduite avec le même succès : dans l'observation XIX, après une basiotripsie, dans l'observation XX après une infection post puerpérale et dans l'observation XXI pour une infection après un avortement de 5 mois.

Comme conclusion nous dirons que la vertu du sérum antistreptococcique de Marmorek n'est pas douteuse ; et que, dans quelques cas, elle est d'un puissant secours à condition d'en répéter les doses jusqu'à la chute définitive de la température, sans se lasser.

Dans d'autre cas, cette méthode a besoin d'être aidée, quand on n'obtient pas facilement la chute de la température, par les injections et les lavements de sérum artificiel à hautes doses.

Celles-ci plus particulièrement, en soutenant les forces de la malade, peuvent lui permettre d'attendre l'élimination complète des toxines puerpérales.

Et si nous nous demandons maintenant pourquoi le sérum Marmorek n'agit pas dans tous les cas, c'est qu'il est bien peu d'infections puerpérales simples.

Évidemment, ainsi que l'a démontré Widal, c'est à un streptocoque, absorbé par la surface sanglante de l'utérus, qui se trouve dans des conditions toutes particulières pour en faciliter la pénétration immédiate, que l'on doit attribuer la plupart des phénomènes infectieux. Nous disons la plupart et non tous ; car la multiplicité des microbes nocifs est la règle, et au streptocoque s'allient bien souvent le coli-bacille, les staphylocoques blanc ou doré, le vibrion septique, le gonocoque, etc., capables eux aussi de produire l'infection, la suppuration. Or il est difficile de faire autant d'injections antitoxiques qu'il y a de microbes supposés et il était rationnel de s'adresser à leur chef de file, au plus redoutable d'entre eux, au streptocoque.

C'est le but de l'emploi du sérum de Marmorek, mais il est rationnel aussi de s'adresser à un moyen qui agit indirectement, mais sûrement, pour mettre l'économie en état de défense.

Tel est le but du sérum artificiel injecté.

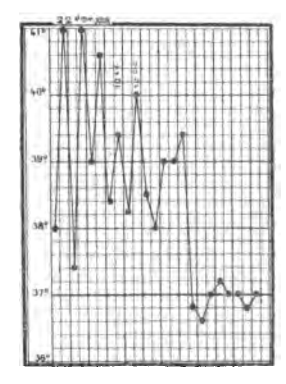
MM. Charrin et Ruffer ont démontré expérimentalement que les lésions du système nerveux s'opposent à la plénitude de la défense de l'organisme, secouru par les sérums immunisants.

Il n'y a pas que les lésions traumatiques du système nerveux qui mettent l'économie dans ce cas, la dépression morale, le surmenage, l'usure physiologique, peuvent affaiblir l'action stimulatrice du système nerveux sur les cellules. Et dans quel cas l'organisme est-il plus déprimé, plus ébranlé, que dans certaines grossesses, certains accouchements ? Dans quel cas y a-t-il une modification plus sûre et quelquefois une spoliation plus rapide du sang, cet excitateur de la fibre musculaire et du système nerveux.

C'est contre ces causes dépressives qu'on a l'intention de lutter, et qu'on lutte réellement, souvent d'une façon victorieuse, en employant les injections plus ou moins abondantes et plus ou moins répétées de sérum artificiel, dont l'usage se répand de plus en plus en obstétrique, pour le grand bien des accouchées.

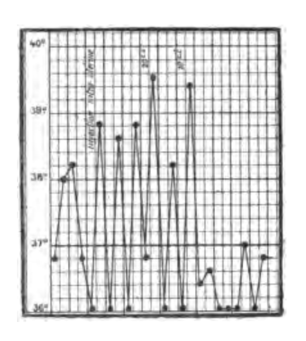
Observation I (Résumée).

L. A..., 20 ans, primipare, à terme, accouche normalement d'un garçon de 3,090 gr. Délivrance spontanée. Tout va bien jusqu'au dixième jour, où elle est prise d'un frisson. Température 40°,7. On constate un abcès du cul-de-sac. Ouverture, lavage, injection intra-utérine. Chute de la température. Nouvelle poussée le dix-huitième jour et apparition d'un érysipèle des fesses le vingt-deuxième jour. Le thermomètre atteint deux jours de suite 41° puis 40°,8 ; injection 10 centim. cubes de sérum Marmorek, les vingt-cinquième et vingt-sixième jours. Chute définitive le vingt-neuvième. Guérison.



Observation II (Résumée).

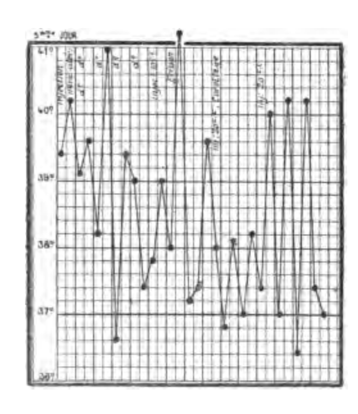
Augustine B..., 19 ans, à terme, accouche normalement d'un garçon de 2,700 gr. Délivrance spontanée ; la température après l'accouchement est de 38°.



Le lendemain matin 38°,2, le soir 36°,8 et le surlendemain matin où elle n'est que de 36 elle monte le soir à 38°,8, injection intra-utérine. Grande oscillation qui indique une infection, le sixième jour 39°,6, injection de 20 centim. cubes de sérum Marmorek. Chute à 36° comme la veille ; le lendemain de nouveau 38°,2, puis 36, puis encore 39°,4. Nouvelle injection de 10 centim. cubes de sérum Marmorek. Chute définitive. Guérison.

Observation III.

Marie R..., 19 ans, primipare, accouche normalement d'une fille en O. I. G. A., le 1er décembre 1896. Le 4 au soir, légère ascension thermique qui s'accentue dans la journée suivante, 40°,2 ; injection intra-utérine de sulfibenzoate de soude, descente à 39°,1 et 39°,6 ; puis le surlendemain à 38°,2 pour le matin ; le soir de ce même jour à 41°. Le jour suivant, descente thermique à 36°,6 et ascension à 39°,6 malgré les injections intra-utérines au permanganate de potasse. Enfin le onzième jour, voyant la température remonter à 39°, injection de 10 centim. cubes de sérum Marmorek. Quelques heures après le thermomètre marque 38° ; mais, le soir du lendemain, frisson intense et ascension à 41°,6 ; puis chute à 37°,2 et 37°,4 le lendemain.



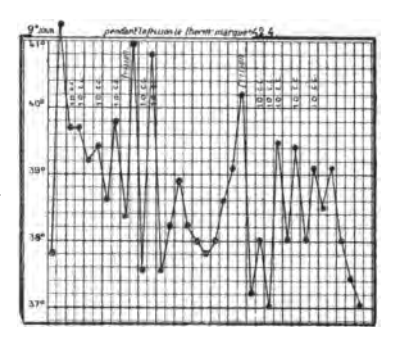
Comme le jour suivant il y a une nouvelle ascension à 39°,6, nouvelle injection de 20 centim. cubes de sérum Marmorek et curettage qui amène quelques débris de membranes. Chute pendant 3 jours aux

environs de 38°. Réascension à 40°. Nouvelle injection de 10 centim. cubes de sérum Marmorek. Les 2 jours suivants encore 40° le soir et le matin 37° et 36°,4 ; enfin le quatrième jour, chute définitive. Guérison.

Observation IV (Résumée).

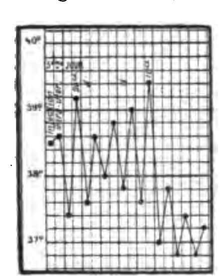
Apolline Ph..., 30 ans, cuisinière, primipare, à terme, entre le 6 novembre 1896, à la Maternité, avec une présentation transversale; version par manœuvres externes faite par Mlle Mouren, maîtresse sage-femme. La tête est amenée au détroit supérieur. Le 10 novembre, commencement de travail M. I. D. P. Dilatation lente. La rotation ne se fait pas. Forceps. Garçon vivant, 3,570 gr.

Pendant l'application de forceps, la lèvre antérieure du col œdématiée fait une forte saillie. Déchirure du col, inertie utérine nécessitant la délivrance artificielle, le placenta n'étant décollé qu'en partie. La femme a une hémorrhagie assez forte. Tout va bien jusqu'au septième jour où la femme a un léger frisson. Température 39°. Le 8e jour, nouveau frisson ; température 39°,6. Enfin le neuvième jour, troisième frisson. Le thermomètre pendant celui-ci s'élève à 42°,4, immédiatement après injection de 10 centim. cubes de sérum Marmorek, renouvelée à la même dose le même jour. Le ventre n'est pas douloureux, les lochies n'ont pas d'odeur, mais la température se maintient au-dessus de 39°. Nouvelle injection de 10 centim. cubes de sérum Marmorek, le lendemain et le surlendemain. Puis nouveau frisson, température 41°. Nouvelle injection de 10 centim. cubes répétée le lendemain avec une température de 40°,8. Chute thermique après cette sixième injection. Elle semble définitive ; mais 5 jours après, nouveau frisson avec une température de 40°,2. On fait encore pendant les 5 jours suivants une injection quotidienne de 10 centim. cubes de sérum Marmork, et l'on obtient enfin la chute définitive de la température et la guérison.



OBSERVATION V (Résumée).

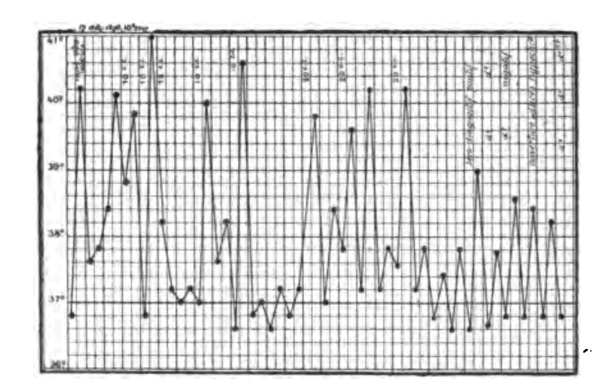
Eugénie Ch..., 20 ans, domestique, primipare, à terme, O. I. G. A. forceps, garçon vivant 2,700 gr. Délivrance spontanée. Tout va bien jusqu'au soir du cinquième jour, où la température monte à 38°,5. Injection intra-utérine.



Le sixième jour, la température s'élevant à 39°,2, nous ne trouvons rien dans la zone génitale; céphalalgie. Injection de sérum Marmorek de 20 centim. cubes, amélioration, jusqu'au dixième jour, où elle a encore 39°,6. Nouvelle injection de 10 centim. cubes de sérum Marmorek. Chute définitive. Guérison.

OBSERVATION VI (Résumée).

Antoinette F..., 22 ans, primipare, constitution vigoureuse, accouche normalement, le 1er décembre 1896. Son enfant présente un état physique bon et la température ne nous alarme aucunement, jusqu'au 8 décembre, où elle atteint 38°, le soir, pour continuer à monter,



atteignant 40°,2, le 10 décembre, au soir, malgré les injections intra-utérines au permanganate de potasse.

La rémission qui s'est produite le 11 ne s'est pas maintenue et le 13 la courbe recommence à prendre son tracé accidenté, 1 gr. de sulfate de quinine est ajouté à son traitement. Le 13 décembre, à 10 heures du matin, première injection de sérum Marmorek de 10 centim. cubes. Le 14, curettage qui ramène des débris de membranes. Le soir le thermomètre atteint 42°, malgré une nouvelle injection Marmorek de 10 centim. cubes.

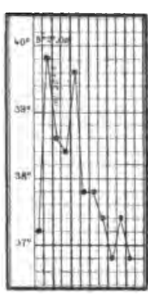
Le lendemain, nouvelle injection de 10 centim. cubes Marmorek. Pendant deux jours, il semble que l'infection soit enrayée; mais on pourra se convaincre par les péripéties de la courbe qu'il était loin d'en être ainsi ; toutefois nous poursuivons la pratique des injections et nous employons 80 centim. cubes en 5 fois.

A partir du 28 décembre la malade présente quelques symptômes qui rappellent la dothiénentérie. Le 1er janvier 1897 on essaie le sérodiagnostic qui donne un résultat positif deux fois; une troisième fois, il est négatif.

Le 4 janvier, abcès de l'hypochondre gauche, siège d'une piqûre ; il est ouvert et donne un pus stérile; de même le 5 janvier un autre abcès de l'hypochondre droit qu'on évacue par l'incision. A partir de ce moment la femme reprend ses forces. La température oscille aux environs de 37° et la malade sort guérie le 15 janvier 1897.

Observation VII (Résumée).

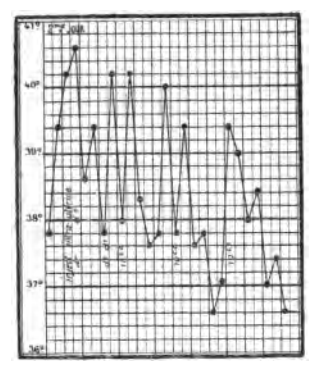
Marie M..., 25 ans, secondipare, accouche après 7 heures de travail, le 11 décembre 1896, d'une fille bien constituée, O. I. G. A. Délivrance naturelle, pendant les 7 jours qui suivent l'accouchement; elle est en parfaite santé. Le 8e jour, après un violent frisson, ascension thermique à 39°,8. Le lendemain la température oscille entre 38° et 39°. Le surlendemain, c'est-à-dire le 21 décembre, température de 39°,6. Injection de sérum Marmorek. Chute définitive. La femme est guérie le 24.



Observation VIII (Résumée).

Thérèse C..., 19 ans, primipare, accouche, le 3 décembre, après 17 heures de travail, d'un enfant qui meurt dans la nuit.

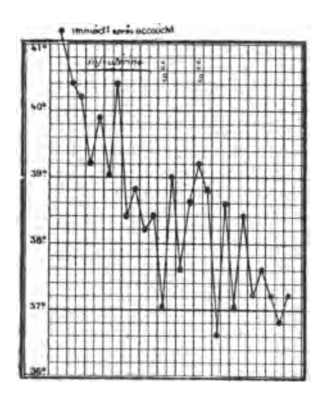
La présentation était un sommet en O. I. G. A. La délivrance a été spontanée.



Le lendemain soir, brusque élévation de température 39°,4 qui se maintient le 5 décembre, accompagnée de frissons répétés ; injection intra-utérine, sulfate de quinine à l'intérieur. Le 9 décembre, injection de 10 centim. cubes de sérum Marmorek. Le 10, amélioration. Le 11, nouvelle ascension, à 40° ; deuxième injection de 10 centim. cubes. Le lendemain le thermomètre remonte encore à 39°,6, pour redescendre au-dessous de 38° le 13 et même de 37° le 14 ; mais le 15, le thermomètre marque de nouveau 39°,4 ; nouvelle et dernière injection de 10 centim. cubes qui amène la chute définitive.

Observation IX (Résumée).

Delphine R..., 20 ans, primipare, accouche normalement, le 4 décembre 1896, à terme, d'un enfant en O. I. G. A, qui meurt dans la nuit. La délivrance a été spontanée. La température s'est élevée à 41°,4 et s'est maintenue pendant 4 jours au-dessus de 40° malgré les injections intra-utérines.

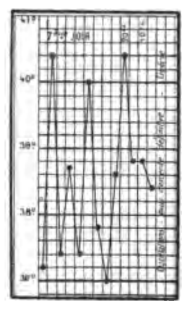


Le 7e et le 9e jour, la température étant encore à 39°, nous faisons 2 injections de 10 centim. cubes de sérum de Marmorek, et après quelques oscillations autour de 38°, la défervescence est définitive. La malade sort le 25 décembre 1896.

Observation X (Résumée).

Mme A..., 26 ans, IIIpare, femme d'un confrère, accouche prématurément d'un enfant mort. Elle est fortement albuminurique.

Le 7e jour la température monte à 40°,5. Injection intra-utérine, quinine, lait, chloral. Le 8e jour, il y a un peu de rémission. Le 9e jour, nous atteignons encore 40°. Le 10e jour, descente au-dessous de 38° et le 11e, nouvelle ascension à 40°,5; injection ce jour-là de 20 centim. cubes de sérum de Marmorek.



Le lendemain, la température étant encore à 39°, nouvelle injection de sérum Marmorek de 10 centim. cubes. La femme a été très mal; mais après quelques oscillations thermométriques, la température est devenue normale et elle finit par guérir.

La convalescence a été traversée par un abcès sous-mammaire qui a été ouvert.

Observation XI (Résumée).

X..., demeurant dans les environs de Marseille, à la campagne, avait eu, à la suite d'une première couche, des accidents puerpéraux. Elle accouche de nouveau, à terme, le 3 janvier 1897.

Son mécecin me raconte qu'il a fait la version par manœuvre interne; qu'elle a eu une hémorrhagie, puis une péritonite, pour laquelle il lui fait mettre un grand vésicatoire sur l'hypogastre.

Je la vois le 5e jour après son accouchement et constate un érysipèle très étendu du bas-ventre, du haut des cuisses et des fesses.

Injection de sérum Marmorek 20 centim. cubes. La femme, qui était dans un état très grave, le matin est un peu mieux le soir. La température, qui était à 40°, était descendue d'un degré. Je conseille une autre injection de 10 centim. cubes pour le lendemain.

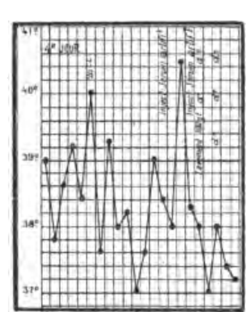
Je n'ai plus vu la malade, mais j'ai appris qu'elle avait succombé dans la nuit du 7e jour.

Observation XII.

Joséphine S..., 27 ans, primipare, accouche d'un enfant en O.I.D.P. après 15 heures de travail normal.

Délivrance spontanée; mais inertie utérine qui nécessite des injections chaudes, lesquelles arrêtent l'hémorrhagie. On remonte la femme par des injections de caféine, d'éther, etc.

Le 3e jour, ascension du thermomètre à 39°, puis à 39°,2 le 5e jour. Le 6e, il atteint 40°. Injection de 20 centim. cubes de sérum Marmorek qui amène une défervescence. Le 10e jour, nouvelle ascension à 39°.



On fait une injection de sérum artificiel de Hayem ainsi que le lendemain où le thermomètre atteint 40°,5. Cette température élevée coïncide avec des phénomènes de congestion pulmonaire (râles crépitants aux deux bases).

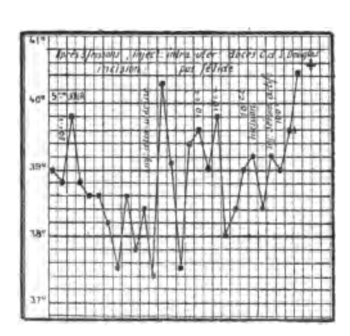
Le lendemain nous descendons à 38° et enfin la chute définitive se maintient à partir du 14e jour.

La malade sort guérie le 17 janvier 1897.

Observation XIII (Résumée).

Marie C..., 28 ans, secondipare, accouche à terme, le 13 janvier 1897, d'une fille en O.I.G.A. La délivrance donne lieu à une hémorrhagie assez abondante. Le placenta était inséré sur le col. Le surlendemain 15 janvier, frisson ; injection intra-utérine, quinine.

La température se rapproche de la normale. Le 5e jour (le 18), nouveau frisson ; la température monte à 39°. Injection de 20 centim. cubes de sérum Marmorek.



Après une montée à 39°,8, le lendemain de la piqûre, l'état s'améliore et la température reste pendant 4 jours au-dessous de 39°. Le 11e jour, nouvelle ascension à 40°,5 ; injection intra-utérine qui ne ramène rien ; descente brusque le lendemain, puis réascension à 39°,6 ; 3 nouvelles injections de sérum Marmorek de 10 centim. cubes sont données les jours suivants.

Complication pneumonique. Le cul-de-sac postérieur fluctuant est incisé et fournit un pus abondant et fétide.

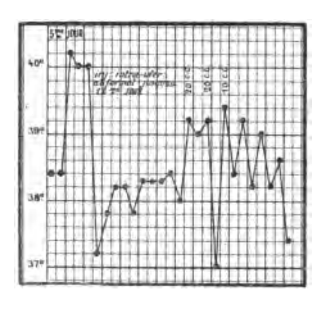
La femme est de plus en plus affaiblie. Dyspnée combattue par les

inhalations d'oxygène. Injection de 100 grammes de sérum artificiel de Hayem; mais la femme succombe le vingtième jour.

Autopsie: Rein gauche complètement dégénéré, pus de la péritonite, hépatisation grise du poumon gauche.

Observation XIV (Résumée).

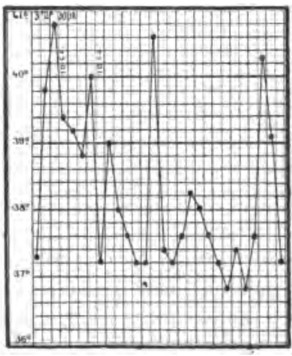
Primipare, 24 ans, arrive de la ville, le 18 janvier 1897, la poche des eaux percée et avec une dilatation comme une pièce de 5 francs. A dilatation complète, forceps sur tête du fœtus mort; extraction facile d'un garçon du poids de 2,900 gr. Délivrance normale; injection intra-utérine. Tout va bien jusqu'au cinquième jour. Le sixième, température 40°,2. Injection intra-utérine quotidienne jusqu'au douzième jour. Comme la température est encore à 39°, une injection Marmorek de 20 centim. cubes est donnée et répétée le lendemain.



La malade après ces deux injections accuse 37° ; mais comme le soir nous atteignons encore 39°,6, on donne une nouvelle injection Marmorek de 10 centim. cubes; descente lente mais définitive le dix-huitième jour. La malade sort bien guérie.

Observation XV (Résumée).

Primipare, 22 ans, entre à la salle de travail, le 23 janvier 1897. On a eu à lutter à la fin de sa grossesse contre une constipation opiniâtre. Sommets douteux.



Cette femme est atteinte d'une luxation de la hanche droite, acquise à l'âge de 4 ans, par suite de coxalgie.

L'enfant se présente en O. I. D. P. Une intervention du forceps Tarnier est nécessaire, quand la tête est à la vulve. Délivrance normale.

Le troisième jour la température s'élève à 39°,8 et monte à 40°,8, le quatrième jour. Injection de Marmo-

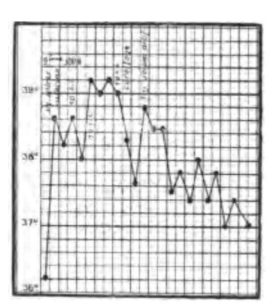
rek 10 centim. cubes, descente et amélioration, pendant deux jours; puis nous atteignons encore 40°. Nouvelle injection Marmorek 10 centim. cubes.

La malade va bien, mais à deux reprises, sous l'influence de la constipation, le thermomètre monte deux fois à 40°,6 et 40°,3 à six jours d'intervalle.

Enfin elle sort guérie. Mais la poitrine nous donne des doutes sur son intégrité.

OBSERVATION XVI (Résumée).

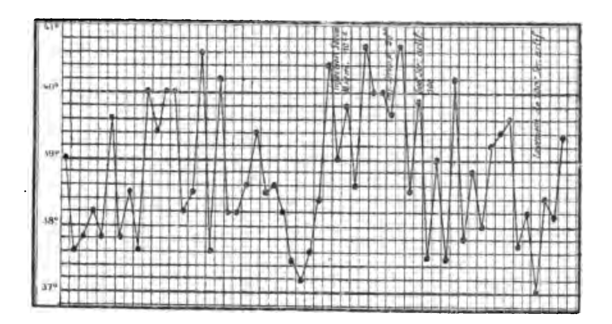
Secondipare, 29 ans, arrive de la ville, le 30 janvier 1897, à dilatation complète. Expulsion rapide en O. I. G. A. d'une fille de 3,000 gr. Délivrance naturelle. L'amnios était séparé du chorion. Tout va bien jusqu'au neuvième jour, où nous avons une température de 38°,6. Injection intra-utérine, puis injection de Marmorek de 10 centim. cubes. Le lendemain 39°,2, nouvelle injection de Marmorek de 10 centim. cubes. La température est maintenant constante aux environs de 39°. Troisième injection de 10 centim. cubes, curettage, aidé le lendemain d'une injection sous-cutanée de sérum artificiel, 100 gr. Chute graduée et définitive. La malade sort guérie le vingtième jour.



OBSERVATION XVII (Résumée).

Primipare, 32 ans, entre le 18 mars 1897, avec de petites douleurs. Le 19, le travail marche lentement. La poche des eaux s'est rompue, le col est rigide. Sommet O. I. G. A. L'auscultation fait supposer que l'enfant est mort; la température s'élève à 39°. La femme est prise de frisson. La dilatation n'a que la largeur d'une pièce de 5 francs. Basiotripsie. Délivrance normale. Injection intra-utérine. Le troisième jour le thermomètre accuse 39°,7, frissons répétés, injection intra-utérine. La température se maintient à 39° et monte bientôt à 40°; épistaxis, congestion pulmonaire à gauche, ventre ballonné, diarrhée, séro-diagnostic négatif. Céphalalgie persistante; pas d'albumine; le 2 avril, séro-diagnostic avec le colostrum, résultat positif. Le 5 avril, tempéra-

ture à 40°, vomissements bilieux; le 6, début d'un érysipèle dans le sillon interfessier. Le 7, injection de 10 centim. cubes de sérum Marmorek. Le surlendemain, nouvelle injection de 20 centim. cubes. La température ne cède pas ; pouls petit, 130. Le 8 avril, injection 500 gr. sérum de Hayem, potion de Todd. L'érysipéle a gagné les fesses et les membres inférieurs. Vomissements répétés. Le 9 avril, injection sérum de Hayem 100 gr., séro-diagnostic avec le sang d'une piqûre au doigt:



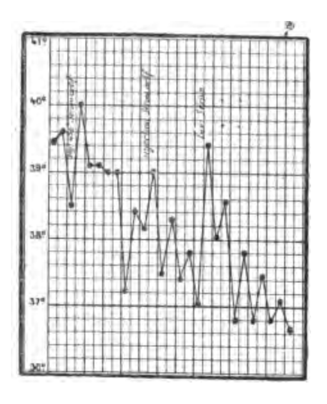
Résultat positif. Le 10, nouvelle injection de 100 gr. de sérum Hayem ainsi que les jours suivants jusqu'au 15 avril, puis les 15, 16, 17, 18 et 19, lavement de 100 gr. sérum Hayem. Température au-dessous de 37° jusqu'au 23 avril où elle monte brusquement à 39°,8. Lavements quotidiens de sérum Hayem. La malade sort guérie le 30 avril. Elle rentre le 12 mai dans un service de médecine avec les symptômes d'une fièvre typhoïde, séro-diagnostic positif. La malade sort guérie le 20 juin.

Observation XVIII (Résumée).

Marie G..., 22 ans, domestique, n° 12, salle Sakakini. Entrée le 13 mai 1897.

Accouchée en ville. A son entrée, température 39°,5. Écoulement de pus fétide. Déchirure du périnée jusqu'à 2 centim. de l'anus. Injection vaginale. 14 mai, température 40°. Curettage amenant des débris placentaires, des morceaux de muqueuse et du pus. Injection intra-utérine. Pouls faible et rapide, 110. Vomissements continus, depuis la veille, abdomen douloureux. Facies abdominal. Pouls filiforme. Diarrhée abondante. Injection au transfuseur dans la paroi abdominale de 450 gr. de sérum artificiel.

Le 16. État général modifié et amélioré. Pouls plus plein et résistant. Douleurs abdominales presque disparues. Injection intra-utérine.



Le 17, 37°. Injection intra-utérine.

Le 18. Le soir, la température est remontée malgré l'injection intra-utérine. Le pouls redevient mauvais, rapide et très dépressible. Vomissements.

Le 19. Injection de 600 gr. de sérum artificiel.

Les 19 et 20. Température de 38°, puis de 37°. La femme est si bien qu'on lui donne un peu à manger.

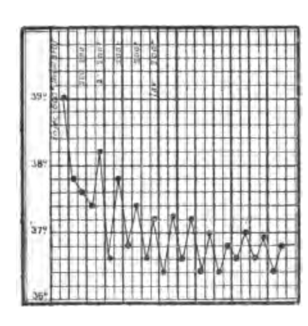
Le 21. La température est montée à 39°,5. Injection intra-utérine de 12 litres. État général assez bon.

Les 22 et 23. Amélioration très sensible. Injection intra-utérine de 2 litres. Alimentation légère.

Les 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 et jours suivants, lavements de sérum artificiel de 500 gr. en 3 fois.

Observation XIX (Résumée).

M. M..., 27 ans, domestique, primipare, entre, à terme, à la Maternité, le sommet en O. I. G. A. Dilatation égale au fond d'un verre, membranes rompues. Elle a déjà subi une application de forceps en ville. La température est de 39° sous l'aisselle. Le col est déchiré, la lèvre postérieure déchiquetée, dure et œdématiée. Croyant entendre les battements du cœur, on tente l'application de forceps, sans résultat, à cause du col. Le liquide amniotique qui s'écoule est verdâtre, purulent et fétide. Basiotripsie; fœtus de 3,120 gr., crâne vidé.

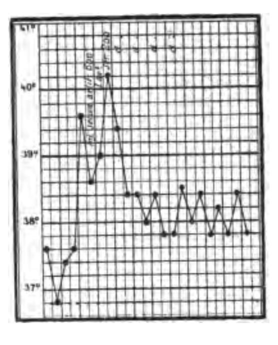


Après la délivrance, qui ne présente rien de particulier, injection dans le tissu cellulaire de la cuisse de 600 gr. de sérum artificiel. Les 4 jours suivants, nouvelle injection quotidienne de 200 gr. du même

sérum. Puis la température descend chaque jour; lavement quotidien de 200 gr. de sérum jusqu'à sa sortie, le 14e jour, bien.

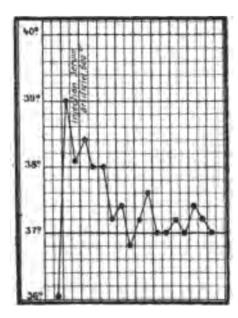
OBSERVATION XX (Résumée).

D. V..., 35 ans, journalière, primipare, vient au 7e mois, dans le service, sortant d'une salle de fiévreuses où elle a été soignée pour une bronchite suspecte, pendant deux mois. Elle a eu des hémoptysies. A terme, en O. I. G. A., elle nous a présenté un cas de brièveté du cordon qui a nécessité une application de forceps à la vulve. Déchirure du périnée, 5 points de suture. Le 3e jour, 39°,6; 600 gr. de sérum artificiel sont injectés. La température descend d'un degré, puis remonte encore à 40°,2. Lavement de sérum artificiel 200 gr. Le lendemain, la température descend à 37°,5 pour ne plus remonter.



OBSERVATION XXI (Résumée).

S. V..., 48 ans, ménagère, primipare, avorte en ville à 5 mois, après une chute de tramway. On l'apporte, à minuit, dans un état hébété qui fait soupçonner une attaque d'éclampsie, d'autant qu'elle a de l'albuminurie. A son entrée, elle est froide, pouls petit. Température 36°. Celle-ci monte rapidement à 39°; injection intra-utérine, injection de 600 gr. de sérum artificiel. Dès le lendemain, la température descend progressivement pour ne plus remonter. Le 8e jour, elle est dans un état satisfaisant quoique ayant encore de l'albumine dans les urines. Son mari vient la chercher et ne veut plus la laisser à l'hôpital.



REVUE CLINIQUE

UN CAS DE VAGINITE EMPHYSÉMATEUSE

Par Mme **Fedorotskaia-Viridarskaia** (1).

La vaginite vésiculeuse ou emphysémateuse est une affection rare, on la rencontre le plus souvent chez les femmes enceintes; elle est caractérisée par la formation de petits kystes remplis de gaz et situés dans la paroi postérieure du vagin. Ils varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un pois et sont contenus dans les interstices du tissu conjonctif.

Depuis les travaux d'Eisenlohr il faut considérer cette affection comme de nature microbienne. Il a pu obtenir une culture pure sur la gélatine et sur agar-agar à réaction faiblement alcaline, et tant que cette réaction ne devenait pas acide, la culture dégageait des gaz qui, d'après les travaux de Zudefel, paraissent être la trymétylamine et sont le résultat de la vie microbienne.

OBS. — Femme enceinte de 5 mois, multipare, entrée à l'Institut obstétrical le 5 février 1897, avec frissons, fièvre, douleurs et pertes rouges.

A l'examen, la muqueuse vaginale présente des inégalités, rappelant les veines variqueuses. Poche intacte, tête non engagée.

Au spéculum, muqueuse bleuâtre, légèrement œdémateuse. A la partie supérieure des parois vaginales, on remarque une grande quantité de saillies de dimensions différentes; les plus grandes d'une grosseur d'un pois, les plus petites d'une tête d'épingle.

Les plus grandes sont situées sur la paroi postérieure du vagin, elles y sont aussi beaucoup plus nombreuses que sur les parois latérales et antérieures du vagin où elles sont beaucoup plus petites. Les sommets de ces formations kystiques sont tranzparents; en les piquant

(1) *Journ. d'accouchem. et de gynécol.*, Saint-Pétersbourg, 1897, n° 12. Traduit du russe par Mme RECHTSAMER.

avec une pointe, on obtient des vésicules gazeuses qui sont surtout appréciables quand le vagin est rempli d'eau.

La malade a fait une fausse couche, fièvre ; le vagin était examiné tous les jours jusqu'au 19 février, jour de sortie de la malade. Les formations kystiques diminuaient tous les jours et enfin la muqueuse est devenue tout à fait normale. Deux fois par jour, injections avec du sublimé à 1/2000.

L'examen bactériologique et l'examen de la nature des gaz n'ont pas été faits.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. PINARD. **De l'appendicite dans ses rapports avec la puerpéralité.** — (Voir plus haut, page 345.)

M. DIEULAFOY. — Il me paraît superflu de montrer quelle importante contribution la très intéressante communication de M. Pinard apporte à la pathogénie de l'appendicite. Je me bornerai à signaler combien il serait utile de rechercher dans des cas analogues, le degré de virulence que la grossesse peut donner au coli-bacille.

L'appendicite est, en effet, une maladie toxi-infectieuse et la virulence du coli-bacille s'exalte dans la cavité close. Hartmann, le premier, puis une série d'autres observateurs, a nettement montré que cette virulence est incomparablement plus grande, suivant que le liquide intestinal est pris au-dessus de la cavité close ou dans son intérieur.

Mais il n'y a pas là que l'action propre au microbe ; il faut compter avec les toxines sécrétées. J'ai pu, en injectant à des cobayes les filtrats de ces liquides, établir nettement que la culture filtrée de coli de la cavité close est notablement plus toxique que celle de coli recueillis en dehors de la cavité. Il y a donc deux choses à étudier dans les cas d'appendicite : la toxicité et l'infectiosité du liquide de la cavité close.

SOCIÉTÉ D'ACCOUCHEMENT ET DE GYNÉCOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG (1)

PROF. D. O. OTT. **Établissement d'un vagin artificiel.** — La malade, âgée de 28 ans, n'est pas réglée, mais depuis l'âge de 24 ans elle a été sujette à des coliques périodiques; ce fait, rapproché de la constatation par le toucher rectal d'une grande masse médiane et d'annexes, fit conclure à l'existence d'organes internes normaux avec hématomètre. La vulve est normalement constituée et fermée par une membrane qui se déprime jusqu'à une profondeur du cinq centimètres environ; le vagin est absent. L'opération consista dans l'incision de la membrane que l'on se proposait de coudre à la surface de l'utérus; la masse fut trouvée on ne peut plus facilement sans cathétérisme vésical ni rectal, mais la ponction de l'utérus supposé ne donna rien et il ne fut pas possible de découvrir un orifice; en continuant la dissection du tissu cellulaire on tomba brusquement dans la cavité péritonéale; — il fut alors aisé de voir que la masse prise pour un utérus était un fibromyôme et que les annexes gauches seules étaient là. Le fibromyôme fut enlevé, la membrane obturatrice suturée au péritoine et le nouveau vagin bourré de gaze iodoformée; au bout de huit jours le fond de la plaie était encore béant et on y voyait les anses intestinales en mouvement; sous le second tamponnement l'oblitération se fit d'une manière complète et six semaines plus tard le vagin artificiel n'avait nullement changé de forme. La tumeur, certainement développée aux dépens d'un utérus bicorne rudimentaire, était un fibrome ne contenant que peu de fibres musculaires.

A. G. BARSOUKOFF. **Vaginite gangréneuse.** — B. a eu l'occasion de suivre quatre cas de grangrène du vagin; trois fois la mortification s'était produite chez des typhiques, au début de la quatrième semaine et le rétrécissement consécutif a toujours été insignifiant malgré l'étendue des pertes de substance. Dans le quatrième cas, présenté à la Société, il s'agit d'une femme qui s'était empoisonnée avec de l'acide sulfurique, mais qui nie absolument avoir touché au vagin. Dix jours après son entrée à l'hôpital elle eut un écoulement vaginal sanguinolent et quatre jours plus tard B. retira du vagin une membrane cylindrique qui n'était autre que le 1/3 supérieur de la muqueuse vaginale avec une couche de tissu cellullaire sous-jacent.

(1) Séance de 1898. *Vratch*, p. 295 et 419.

N. C. KICELEFF. **Opération césarienne.** — Femme de 33 ans, sourde-muette, rachitique ; conjugué oblique 9, direct 7 ; au moment du travail il n'y a aucun engagement et les battements du cœur fœtal ne sont pas perceptibles, quoiqu'ayant été nets la veille. La mort du fœtus étant douteuse, K. fit l'opération césarienne avec ligature élastique du col et retira un garçon vivant de 4,100 gr. La mère eut de la fièvre durant 33 jours et se trouve actuellement bien guérie. L'examen de la courbe thermique permet de supposer une courte infection opératoire, suivie d'une fièvre typhoïde, cette dernière attribuable à la glace donnée les premiers jours.

N. S. KANNEGUICER présente **trois utérus extirpés par la voie vaginale pour cancroïde du col ; un utérus fibromyomateux enlevé par morcellement ; un fibrome sous-péritonéal adhérent** ; l'opérée succomba à une hémorrhagie interne au bout de trois jours, ayant refusé une nouvelle intervention ; un utérus fibromyomateux enlevé par la voie combinée.

N. J. RATCHINSKY présente **8 fibromyômes utérins, trois kystes de l'ovaire, 3 utérus cancéreux, un myôme énorme contenant un noyau cancéreux, un myôme avec un adénocarcinome de l'ovaire, un kyste sarcomateux de l'ovaire, un sarcome de l'ovaire et un morceau d'épiploon cancéreux**; il provenait d'une malade opérée trois ans plus tôt pour des kystes papillomateux des ovaires; à ce moment un examen minutieux des kystes enlevés montra l'absence de dégénérescence cancéreuse. Une seule des 16 malades dont proviennent ces pièces a succombé à la péritonite; elles ont toutes été opérées à l'institut clinique.

V. G. BEKMANN. **Un cas de grossesse tubaire interstitielle.** — B. a laparotomisé d'urgence une femme de 27 ans, enceinte de quatre mois, présentant les symptômes d'une hémorrhagie rétro-utérine grave. Il trouva en effet une poche dans la cavité abdominale et une poche rompue au niveau de la corne gauche de l'utérus : hystérectonie susvaginale, traitement du pédicule perdu par la méthode de Chrobak, toilette du péritoine sans drainage, guérison. Le sac fœtal ne communique ni avec la cavité utérine, ni avec celle de la trompe et sa paroi est constituée, même dans les points les plus amincis, par des fibres musculaires lisses.

Cette observation donne lieu à une discussion animée ; le professeur Zamchine pense qu'il est plus indiqué de pratiquer l'hystérectomie totale, qui assure un drainage complet ; V. A. Vasten a eu un cas identique et préconise l'hystérectomie sus-vaginale comme plus rapide dans ces cas graves ; la toilette du péritoine est inutile ; illusoire au point de vue de l'antisepsie, puisqu'elle ne peut pas être parfaite, elle traumatise le péritoine, tandis que le sang laissé dans la cavité sert d'auto-transfusion. Le professeur Ott combat absolument cette manière de voir.

A. J. KAT présente **quatre fibromyômes utérins, un kyste parovarique et six trompes gravides.** — Il a été observé en tout à la clinique du prof. Wasten, 134 grossesses ectopiques, dont 78 laparotomisées ; sur ce nombre 33 opérations ont été faites *in extremis*.

Prof. ZAMCHINE, présente **un utérus fibromyomateux enlevé par morcellement ; un utérus cancéreux enlevé par la voie vaginale avec un ovaire kystique ; un utérus cancéreux et myomateux enlevé par la voie vaginale mais avec section partielle du périnée.** Toutes les opérées ont guéri sans incidents.

V. V. PREOBRAGENSKY communique une **observation de placenta prævia**, constitué par deux lobes absolument distincts, reliés seulement par les membranes, avec cordon vélamenteux ; il y avait en même temps de l'hydramnios. Au cours de la version podalique les vaisseaux furent rompus, ce qui causa la mort du fœtus.

V. N. MASSEN a vu un accouchement absolument normal chez une multipare, le placenta ayant la forme décrite par l'orateur précédent.

On observe cette disposition une fois sur 4,500 cas environ. Chez certaines espèces de singes cette disposition est normale, un lobe placentaire inséré sur la face antérieure, l'autre sur la face postérieure de l'utérus.

V. N. Massen étudie les lésions des muscles abdominaux et du plancher pelvien au cours de la grossesse et de l'accouchement.

M. N. W.

REVUE DES PÉRIODIQUES RUSSES

1° *Journal d'accouchement et de gynécologie de St-Pétersbourg.*

Un cas de tuberculose de l'utérus.

NEELOV. — Une femme de 65 ans vient consulter le Dr Neelov pour des pertes blanches très abondantes et pour la sensation constante d'humidité dans les parties génitales externes.

La malade a eu 11 enfants, a eu une santé toujours excellente.

Il y a un an, à la suite d'une grande frayeur, a éprouvé des maux de reins et des pertes blanches ont apparu. Depuis ce temps ces dernières sont devenues de plus en plus abondantes et fatiguaient beaucoup la malade.

Elle est petite, pâle, maigre, les poumons et le cœur normaux, rien dans les urines ; les grandes lèvres ne contiennent presque pas de graisse, tout est baigné d'une sécrétion abondante de couleur trouble, jaune, inodore, parois vaginales lisses, le vagin se rétrécit en haut à 4 à 5 centim. de l'entrée du vagin, petit col, le pourtour de l'orifice externe est rugueux, le corps de l'utérus en antéversion, est volumineux, ferme, douloureux à la pression d'avant en arrière, les mouvements de l'utérus sont libres et indolores, on ne sent pas les annexes.

Malgré l'augmentation constatée de l'utérus, l'hystéromètre ne montre que 6 centim. de long. Il s'écoule de la cavité le liquide déjà décrit.

Le diagnostic : endométrite ou un néoplasme commençant de la muqueuse ; curettage.

Sous le chloroforme, l'hystéromètre a pénétré à 8,5 centim., la main éprouvait des obstacles. Aux premiers mouvements de la curette ; une assez abondante hémorrhagie s'est déclarée à laquelle la malade réagissait assez vivement. A droite de l'utérus, on sentait quelque chose de mou et l'auteur n'insistait pas par peur d'une perforation. La cavité utérine a été lavée au sublimé à 1 p. 4000 et ensuite à l'acide phénique à 2 p. 100 ; cautérisation avec la teinture d'iode.

Les écoulements ont disparu complètement ; la malade a quitté l'hôpital se considérant comme guérie.

L'examen microscopique de la muqueuse enlevée montre nettement

une tuberculose : foyers d'infiltration avec destruction au milieu et avec des cellules géantes.

Un cas de laparotomie pendant la grossesse dans une corne rudimentaire d'un utérus bifide. Fœtus viable.

SEREJNIKOV. — L'auteur rapporte l'observation d'une femme, âgée de 27 ans, primipare, enceinte de 8, mois qui s'est présentée à l'Institut obstrétical de Saint-Pétersbourg pour des vomissements, nausées et des douleurs très vives qu'elle ressentait depuis cinq jours au-dessus de l'ombilic, à chaque mouvement du fœtus.

La malade, employée dans un établissement de l'Etat, se rendait tous les jours à son travail sans éprouver, pendant les 8 mois de grossesse, de malaises sérieux.

Circonférence, 83 centim. La forme du ventre est irrégulière, ovale, le grand diamètre s'étendant des fausses côtes gauches à la fosse iliaque droite où l'on entend un souffle utérin. A gauche et en bas, une saillie rappelant la forme du corps utérin. Au-dessus de l'ombilic, un peu à droite, on sent très nettement les petits membres ; au dessous des fausses côtes, le siège ; à l'entrée du bassin, la tête et dans la moitié gauche de l'abdomen, le dos. Foyer d'auscultation à gauche, au-dessous de l'ombilie.

Le col et le corps utérin en antéversion et à gauche. Museau de tanche élargi transversalement, l'orifice laisse passer le doigt ; col utérin également élargi dans le sens transversal, la paroi adjacente à la tête fœtale très amincie. Les culs-de-sac postérieur et droit sont remplis par une grande partie de la tête. La petite fontanelle tournée à gauche et la suture sagittale dirigée à droite. Cavité utérine vide de 15 centim. de hauteur, on ne trouve pas la communication avec le sac fœtal.

Se basant sur ces symptômes physiques et sur l'âge de la grossesse, le professeur Ott fait le diagnostic de grossesse dans une corne rudimentaire.

La malade est laissée au repos, mais au bout de 15 jours, son état devenant mauvais, on décide l'opération.

La moitié inférieure du corps du fœtus se trouvait librement dans la cavité abdominale. La tête, les épaules et les bras étaient contenus dans le sac, sa paroi droite, plus élevée, n'avait pas d'adhérences avec les organes voisins, sa paroi gauche plus basse était soudée avec le gros intestin, les annexes gauches et la face postérieure de l'utérus. La

trompe gauche hypertrophiée, l'ovaire normal. La paroi gauche de l'utérus est développée normalement ; la droite près de la corne n'a ni trompe, ni ligament rond. Au-dessous de la corne, le sac fœtal ; le ligament rond prend ici naissance. On ne trouve ni trompe, ni ovaire. Le sac fœtal s'engage entre les deux feuillets du ligament large. Le placenta se trouve en arrière et à droite de la surface du sac fœtal.

Le fœtus a été extrait par le pied gauche ; il respirait, mais ne criait pas. Malgré tous les efforts faits pour le ranimer, il est mort au bout de 6 heures.

L'autopsie a démontré que le fœtus est mort par asphyxie par suite du développement général insuffisant.

La mère a guéri.

Contribution à l'étude du cancer primitif dans les trompes de Fallope.

JACOBSON. — L'auteur rapporte l'observation d'une malade âgée de 45 ans, se plaignant de pertes séreuses, de douleurs spasmodiques dans le bas-ventre, de vertiges, de céphalées et d'affaiblissement.

La malade a eu à 23 ans une fausse couche de 4 mois.

Ménopause depuis un an ; depuis, les douleurs et les pertes ont augmenté.

Utérus très sensible, non augmenté de volume ; dans le cul-de-sac postérieur une tumeur élastique, molle, repoussant l'utérus en avant et à droite. Une ponction exploratrice n'a pas montré la présence de liquide dans la tumeur. Écoulements utérins abondants, séreux, sans odeur ; 15 jours après, examen sous chloroforme. A gauche et en arrière de l'utérus une tumeur d'une grosseur d'un gros œuf de poule, de consistance molle, immobile et adhérente aux parties voisines. Rien dans les annexes droites. Incision du cul-de-sac postérieur, énucléation de la tumeur avec beaucoup de peine à cause des adhérences, déchirure et sortie d'un peu de liquide séreux et de masses ressemblant à de la moelle, de couleur rose grisâtre, et se déchirant facilement. Le bout abdominal de la trompe, très adhérent à l'ovaire, paraissant sain, est laissé dans la cavité abdominale. Le péritoine recouvrant l'utérus paraît indemne. Dans la cavité utérine on a pris un peu de muqueuse pour cet examen qui n'a montré que de l'atrophie des glandes.

La couche la plus interne de la trompe est formée d'excroissances faisant saillie dans la cavité et disposées sans aucun ordre ; elles sont

tapissées d'un épithélium cylindrique ; les cellules sont disposées tantôt en plusieurs couches, tantôt en couche unique ; dans ce dernier cas les noyaux ne sont pas au même niveau, les uns se colorent bien, les autres faiblement. Dans d'autres endroits on voit des cellules entassées. Dans ces excroissances on voit très peu de tissu conjonctif ou il n'existe pas du tout. Dans certains endroits l'épithélium pénètre dans la profondeur et on peut y voir des alvéoles remplis de cellules épithéliales.

Contribution à l'étude des kystes des ligaments ronds de l'utérus.

Mme Oulesko-Stroganova. — L'auteur a eu l'occasion d'examiner un kyste du ligament rond, opéré par le professeur Ott. A l'ouverture de de l'abdomen on a constaté 2 tumeurs, un kyste de l'ovaire gauche et une autre tumeur, grosse comme deux poings, implantée sur le fond de l'utérus et représentée par un fibrome sous-séreux. En outre, dans la cavité utérine, on a constaté plusieurs fibromes sous-muqueux.

Sur le ligament rond, tout près de l'utérus, se trouvait un kyste de la grosseur du poing, les parois amincies, transparentes et très tendues, étaient couvertes d'un réseau de veines dilatées.

Amputation sus-vaginale.

Le contenu du kyste du ligament rond était un liquide séreux, transparent, semblable au contenu des kystes du parovarium.

Les parois présentaient une épaisseur inégale, constituées par des fibres ou des faisseaux musculaires entiers, mélangés avec plus ou moins de tissu conjonctif. On rencontrait des vaisseaux dilatés et remplis de sang en assez grand nombre.

La paroi interne du kyste est tapissée par places d'un épithélium cylindrique très bien conservé et dont quelques cellules sont munies de cils vibratiles très nets.

Quelquefois l'épithélium présente un développement plus considérable et se dispose sous forme de papilles. Cependant on rencontre des espaces assez considérables où la paroi musculaire est tout à fait nue.

La présence de l'épithélium cylindrique vibratile sur la paroi interne du kyste prouve, d'après l'auteur, que le kyste s'est développé aux dépens des vestiges du corps de Wolff (vice de développement, épithélium aberrant des vestiges du corps de Wolff).

Chancre mou du vagin.

Kegler a eu à examiner une femme de 30 ans qui se plaignait d'un écoulement sanguinolent et de douleurs dans le vagin.

A gauche de la paroi vaginale on sentait un enfoncement, le fond en était rugueux et les bords un peu indurés de forme arrondie, de dimension d'une pièce de 3 cop. (1 franc) et douloureux au toucher. L'utérus normal, un peu de salpingo-ovarite bilatérale, cul-de-sac postérieur libre, mais sensible.

Au spéculum, le col utérin cyanosé, volumineux, l'orifice de forme irrégulièrement ovale. Autour de l'orifice, rougeur très accentuée, à la lèvre antérieure une érosion. Sur la partie gauche de la paroi vaginale, à 7 centim. de l'orifice vulvaire, une petite ulcération de 3 cop. de dimension assez arrondie, profonde, à bords inégaux surélevés à pic, entourée d'un cercle inflammatoire, d'une rougeur intense; le fond de l'ulcération est couvert de pus assez abondant, on l'enlève et on voit que le fond est rugueux, comme creusé, sale, couvert d'un exsudat jaune-blanchâtre se détachant difficilement et provoquant un léger saignement.

A la paroi antérieure, on voit une autre plaie semblable à la première, mais moins profonde et dont la sécrétion est aussi moindre.

Enfin, dans le fond du cul-de-sac droit, une troisième plaie de même caractère.

Les ganglions inguinaux ne sont pas augmentés.

Les inoculations faites sur la face interne de la cuisse ont été négatives; l'auteur attribue ce résultat à ce que la malade prenait deux fois par jour des injections au sublimé et à ce que l'ulcération et le vagin étaient saupoudrés d'iodoforme. Malgré cela, il pose, d'après l'aspect et la marche clinique, et la multiplicité, le diagnostic de chancre mou dans le vagin, localisation excessivement rare. RECHTSAMER.

2° *Vratch.*

Un cas de manie érotique et de sadisme, liés à la menstruation (1).

Y. N. PESKOFF. — La malade, femme de 32 ans, de santé physique excellente, mariée depuis l'âge de 24 ans à un homme physiquement et moralement normal, mère d'enfants bien portants, n'a rien présenté de pathologique jusqu'à l'âge de 31 ans. Elle est très intelligente et cultivée, ordinairement calme et réfléchie. Un jour, sans cause apparente, les règles font défaut et la malade est, pendant cinq jours, toute changée, agitée, impatiente, puis tout rentre dans l'ordre; six

(1) *Vratch*, 1898, p. 21.

mois plus tard, le même accident survient plus intense, avec une excitation érotique marquée. Deux mois plus tard, même accident encore durant les jours correspondant aux règles absentes. La femme est coquette jusqu'à l'inconvenance, loquace, érotique et à plusieurs reprises elle mord ou pique son mari en y trouvant une grande jouissance ; elle fait l'impression d'une folle à certains moments ; elle ne se ressent plus de rien du tout et le souvenir de ces journées est fort incomplet lorsque le calme s'est rétabli par la survenue des règles ou spontanément ; à part une certaine fatigue rien ne rappelle alors l'orage passé. L'étude minutieuse de cette patiente a montré l'absence de toute tare physique, de tout stigmate d'hystérie ; par contre, le grand-père de la malade était épileptique, le père alcoolique grave ; elle-même avait eu des terreurs nocturnes dans l'enfance et en l'observant bien P. put constater qu'elle avait comme des absences après avoir joué du piano. P. conclut à l'épilepsie larvée, se manifestant sous forme de manie érotique cataméniale.

Le traitement par l'*adonis vernalis* a eu une influence manifeste sur la régularisation des époques menstruelles. M. N. W.

Un cas de grossesse et d'accouchement avec malformation des organes génitaux, par Z. G. Sourouzeff. *Vratch*, 1897, nº 3, p. 70.

Une primipare de 32 ans, épileptique, enceinte à la suite d'un viol, est reçue à la clinique du professeur Slaviansky, au neuvième mois de sa grossesse. La membrane hyménale est intacte, un raphé médian solide sépare deux orifices latéraux qui admettent difficilement le doigt ; au raphé fait suite une cloison qui divise complètement le vagin et au fond de chaque vagin on arrive sur un col utérin ; il n'a pas été possible de reconnaître avant l'accouchement lequel des deux utérus était gravide. Le travail débuta avant terme, le lendemain d'une attaque épileptique, et dura 18 heures ; dès le début, le vagin gauche admit les deux doigts, le col gauche se dilata régulièrement et le septum vaginal se déchira en plusieurs temps en commençant par la partie postérieure à mesure que la tête descendait. Le dégagement se fit en occipito-sacrée avec une déchirure incomplète du périnée. Le fœtus vivant pesait 3,150 gr. ; post-partum normal.

Un cas d'inversion utérine, par le Dr Fcharkovok. *Gazetta Lekarska*, 14 décembre 1896. In *Vratch*, 1897, v. 6.

L'auteur est appelé une demi-heure après l'accouchement d'un enfant

vivant ; la parturiente, âgée de 33 ans, est pâle, angoissée, le regard vague, le pouls faible. Le globe utérin est absent du ventre et une tumeur du volume d'une tête fait saillie à l'entrée du vagin : elle est violacée et porte le placenta avec son cordon. Le décollement du placenta ne donne lieu à aucune hémorrhagie, la réduction se fait facilement, mais la malade succombe, malgré tous les moyens employés, une heure après la production de l'inversion, due à une traction exercée sur le cordon par la sage-femme. Ce cas est le septième publié dans la presse polonaise depuis 1868.

De l'énucléation des grands myômes interstitiels par la voie vaginale, par J. M. Lwoff. *Vratch,* 1897, nº 23, p. 617.

L'auteur, chaleureux défenseur des méthodes conservatrices dans la chirurgie gynécologique, essaye, au cours d'une opération, de conserver toutes les parties saines d'un organe et pense que les ablations totales des organes génitaux internes doivent faire place aux ablations partielles, moins brillantes et plus difficiles. Les myômes volumineux interstitiels sont considérés en général comme une indication de l'hystérectomie totale ou au moins de l'énucléation par voie abdominale ; les observations de l'auteur prouvent que dans certains cas la voie vaginale peut être employée avec avantage.

Obs. 1. — Femme de 29 ans, multipare, atteinte de métrorrhagies et de douleurs depuis neuf ans. Une tumeur du volume d'un œuf d'oie occupe la paroi antérieure et gauche du col et remonte sur la partie sus-vaginale du col en conservant la même épaisseur ; le corps de l'utérus est normal et la tumeur ne fait saillie ni dans l'abdomen, ni dans la cavité utérine, c'est un myôme interstitiel du col. L'énucléation a été faite par la voie vaginale et, la tumeur étant trop volumineuse pour franchir l'incision faite à la lèvre antérieure du col, l'opérateur en enleva d'abord une portion grosse comme un œuf de poule, puis termina l'énucléation et l'extirpation ; suture de la plaie, tamponnement vaginal, guérison par première intention.

Obs. 2. — Femme de 38 ans, a eu et a allaité huit enfants ; se plaint depuis deux ans de métrorrhagie.

L'hypogastre est occupé par une masse grosse comme une tête d'adulte, dure, absolument enclavée et immobile ; sa surface ne présente aucune bosselure et ne se distingue nulle part de l'utérus ; le toucher montre cette tumeur se continuant dans l'épaisseur du col et de l'utérus jusqu'à l'orifice externe ; le cathétérisme de l'utérus

donne 21 centim. pour la cavité utérine qui est absolument libre, le myôme est parfaitement interstitiel. La lèvre antérieure du col fut incisée sur une longueur de 8 centim.; à 2 centim. de profondeur l'opérateur rencontre le myôme qui se laissa énucléer facilement à l'aide du doigt; un premier fragment gros comme un œuf d'oie fut enlevé d'abord, puis un autre gros comme le poing put être retiré, les deux constituant un globe myomateux; un autre, étroitement serré contre le premier dans la même poche, fut alors reconnu et séparé des parois utérines à l'aide du doigt, puis extrait en entier, il égalait une tête d'enfant. L'opération n'avait donné lieu à aucun écoulement de sang; la vaste cavité fut tamponnée légèrement après un grand lavage; deux heures après l'opération une hémorrhagie se produisit et fut arrêtée par un tamponnement serré: l'opérée se leva le 8e jour et quitta la clinique le 12e jour, la plaie étant complètement cicatrisée et l'utérus revenu à un volume presque normal.

NAGEOTTE-WILBOUSCHEVITCH.

REVUE ANALYTIQUE

Des adhérences des tumeurs ovariennes au foie et à la vésicule biliaire (Ueber Leberund Gallenblasenadhäsionen bei Geschwülsten, der weiblichen Geschlechtsorgane), par HERMANN FREUND. *Deutsch. med. Wochenschrift*, 5 mai 1898, nº 18, p. 277.

C'est un fait bien connu que les tumeurs de l'ovaire peuvent contracter des adhérences avec tous les organes abdominaux sans exception; néanmoins les adhérences avec les organes situés dans le segment supérieur de l'abdomen (estomac, foie, vésicule biliaire, diaphragme) sont rares. La première des deux observations que rapporte l'auteur a justement trait à un kyste de l'ovaire présentant avec la vésicule biliaire des adhérences qui compliquèrent singulièrement l'opération. Les fibromes de l'utérus sont, bien plus rarement que les kystes de l'ovaire, adhérents aux organes de l'abdomen. Si par hasard le fait se produit, ce sera généralement avec un des organes voisins de l'utérus, annexes, cæcum, anse oméga, vessie, mais les adhérences entre des fibromes et les organes de l'abdomen supérieur, en particu-

lier le foie, sont beaucoup plus rares ; on en trouvera un cas dans la seconde observation rapportée par Freund.

La première observation est celle d'une femme de 58 ans, à laquelle l'auteur fit, pour un kyste de l'ovaire, une ovariotomie le 7 octobre 1897. Le kyste présentait de nombreuses adhérences avec le péritoine pariétal de l'abdomen, avec l'épiploon, l'intestin et l'utérus ; mais ces adhérences furent faciles à libérer ; seulement en haut et à droite, dans la région hépatique, on remarqua une sorte de gros noyau enveloppé de fausses membranes, et dont on ne soupçonna pas tout d'abord la nature ; l'auteur pensa à un noyau carcinomateux ; la séparation du kyste et de cette tumeur se fit facilement, mais la surface de séparation saignait assez fortement. Freund termina de suite l'ablation du kyste ovarien et revint ensuite à la tumeur sous-hépatique. On reconnut alors que c'était simplement la vésicule biliaire, bourrée de calculs ; elle était longue d'au moins 10 centimètres, allongée en boudin et entourée par de nombreuses fausses membranes de péritonite chronique. Freund prolongea alors son incision médiane jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic et, après avoir lié et coupé le canal cystique, il enleva facilement la vésicule en rompant les dernières adhérences.

La malade était guérie 1 mois après.

Cette complication d'une ovariotomie par une cholécystectomie est très rare ; Freund n'en a pas en effet trouvé d'autres exemples.

La deuxième observation concerne une vieille fille de 65 ans, qui souffrait depuis longtemps d'un fibrome utérin. Opération. Laparotomie médiane ; le fibrome était très gros, d'une consistance mollasse, s'étendait en haut jusqu'au foie et à l'estomac, en arrière surtout à droite jusqu'à l'insertion du mésentère auquel il adhérait et jusqu'au rein. Mais les adhérences les plus considérables et les plus solides se faisaient surtout avec le lobe gauche du foie ; il y avait là des adhérences solides parsemées de nombreuses veines d'assez fort calibre. L'opération fut très difficile car la malade était hémophile, et Freund fut obligé de lier avec de fines soies presque chaque vaisseau isolément. Il termina l'opération par une hystérectomie abdominale partielle à pédicule externe (l'opération date de 1893).

La malade mourut quelques semaines après d'hydropisie généralisée, d'origine rénale.

P. Lecène.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de thérapeutique chirurgicale, par FORGUES et RECLUS. 2e édition, Paris, 1898.

La deuxième édition que Forgues et Reclus nous donnent de leur traité de thérapeutique chirurgicale, n'est pas une simple réimpression. C'est un ouvrage entièrement refondu. Avec les mêmes qualités d'exposition que dans la première édition, nous trouvons dans celle-ci l'exposé des travaux les plus récents. C'est là un livre à consulter et que tout chirurgien doit avoir dans sa bibliothèque.

Comptes rendus du septième congrès de la Société allemande de gynécologie (Verhandlungen des deutschen Gesellschaft für Gynäkologie), par ZWEIFEL et PFANNENSTIEL, Leipzig, 1897.

A côté des deux grandes discussions portant sur les questions à l'ordre du jour la rétroflexion utérine, et le placenta prævia, nous trouvons dans ce volume une série de communications intéressantes sur le déciduome, les indications des opérations par la voie vaginale, les adénomyômes du canal génital, les cystomyômes du vagin, la topographie des suppurations pelviennes, etc. Le fait que presque tous les gynécologistes allemands prennent part à ce congrès donne à ce compte rendu un grand intérêt.

Comment on fonde une méthode, par H. STAPFER.

Dans ce travail, Stapfer justifie la méthode kynésique ou le traitement des maladies des femmes par le mouvement; il termine par une description et une démonstration des principes du traitement de Brandt.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1898

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LE TRAITEMENT DES SALPINGITES SUPPURÉES, PAR L'INCISION VAGINALE (1)

Par M. **Ch. Monod.**

Le traitement des suppurations pelviennes par incision vaginale a, dans ces derniers temps, repris quelque faveur. Sans parler des travaux bien connus de M. Laroyenne (de Lyon) et de ses élèves, je rappellerai le jugement relativement favorable que M. Bouilly (2) a porté sur ce mode d'intervention, ici même, en 1890, puis au Congrès de Genève, en 1896 ; celui de M. Le Dentu (3), dans une revue clinique; celui de M. Tuffier, formulé dans la thèse de l'un de ses élèves, M. Rodriguez (4).

Je suis, moi-même, depuis longtemps entré dans cette voie. J'avais songé à vous apporter les résultats de ma pratique, avec observations au nombre de quarante à l'appui ; j'ai dû renoncer à ce projet, en raison de l'étendue d'une telle étude.

(1) Communication faite à la *Société de chirurgie.*

(2) BOUILLY. *Soc. de chirurgie,* juillet 1890, et *Congrès de gynécologie.* Genève, 1896.

(3) LE DENTU. *Gazette des hôpitaux,* 27 février 1892.

(4) RODRIGUEZ (J.). *De l'incision du cul-de-sac postérieur et du drainage para-utérin dans les suppurations et hématomes pelviens.* Thèse de Paris, 1895.

J'ai prié deux de mes internes, M. Vanverts et mon fils Fernand Monod, qui m'ont assisté dans la plupart de mes opérations, de réunir ces faits dans un travail d'ensemble, qui sera publié ultérieurement.

Je ne veux aujourd'hui, vous entretenir que de quelques-uns d'entre eux, qui prêtent plus particulièrement à la discussion.

Les cas de suppuration pelvienne qui relèvent de l'incision vaginale ne sont, en effet, pas tous superposables.

Dans certains, la collection est évidemment fluctuante, elle bombe du côté du vagin; il suffit, pour donner issue au pus, d'un coup de pointe ou de trocart. On s'accorde à reconnaître que l'incision par le vagin est, en pareil cas, le procédé de choix.

Il en est de même dans d'autres, où la fluctuation fait défaut, où la masse sentie par le toucher peut même être d'une dureté ligneuse. Mais à d'autres indices la présence du pus est reconnue ; et de fait, l'ouverture du cul-de-sac conduit dans une cavité rétro ou latéro-utérine, qui, largement drainée, revient vite sur elle-même et guérit sans autre intervention.

D'autres fois, la conduite à tenir est moins évidente. Que la collection semble fluctuante ou non, on a l'impression que tout en étant accessible par le vagin, elle en est anatomiquement séparée; j'entends, par là, que la muqueuse vaginale absolument saine et souple paraît glisser sur la tuméfaction sous-jacente, évidemment distincte de la paroi vaginale. Elle peut être plus haut située encore, à bonne distance du cul-de-sac, sur les côtés de l'utérus, occupant la place que l'on a coutume d'assigner aux tuméfactions développées dans l'ovaire ou la trompe.

Il est, du reste, possible, au cours de l'intervention, de se rendre compte que l'impression fournie en pareil cas par le toucher, répond à une réalité.

Si l'on procède, en effet, avec lenteur, on a nettement la notion que, dans un premier temps, le vagin peut être incisé dans toute sa hauteur sans qu'une goutte de pus apparaisse ; que, dans un second temps, le doigt sent et le bistouri perfore une paroi plus ou moins épaissie, qui n'est autre que le péritoine sus-vaginal, derrière lequel le pus est accumulé.

Que si alors le doigt, introduit dans la boutonnière vaginale, explore la poche qui vient d'être évacuée de la sorte, il se peut qu'il ne trouve qu'une vaste cavité dans laquelle il se promène à l'aise sans rencontrer aucune partie solide.

Mais souvent aussi, et c'est le point sur lequel j'insiste, il découvre une seconde masse plus élevée, qui, ouverte avec un bistouri boutonné ou aux ciseaux, donne passage à un nouveau flot de pus. Le doigt réintroduit reconnaît l'existence d'une seconde poche contenue dans la première. Dans les cas types, il délimite une ouverture à bords frangés à travers laquelle la seconde collection s'est vidée.

Il m'a paru — autant que l'on peut se rendre compte par le toucher, au cours d'une opération, de l'état des parties — que, en pareille circonstance, la première de ces collections siège dans le péritoine, variété de pelvi-péritonite enkystée, à laquelle on peut donner le nom de *péri-salpingite* pour la distinguer de la pelvi-péritonite vulgaire ; tandis que la seconde occupe les annexes mêmes, trompe ou ovaire, lésion primitive ayant donné lieu à la suppuration du péritoine périphérique.

J'ai pu récemment vérifier, sur le cadavre et sur le vivant, que cette disposition supposée n'était pas une simple vue de l'esprit.

Sur une femme ayant succombé avant toute intervention, nous avons pu reconnaître, à l'autopsie, l'existence de la double lésion, dont je parle : une collection purulente enkystée occupant le petit bassin et, au centre, une poche annexielle bien limitée, contenant du pus. L'opération telle que je la comprends a pu être répétée sur le cadavre, le ventre ouvert, devant les élèves : 1° incision du vagin et ouverture de la collection péritonéale ; 2° et, en un second temps, incision du foyer annexiel. Il n'y avait pas de pus dans le ligament large.

Cette constatation répond d'avance à l'objection que l'on pourrait me faire, à savoir que ces poches successivement ouvertes, ne sont que des foyers multiples de péritonite enkystée. Il me semble intéressant d'établir que, dans certains cas du moins, la collection secondaire siège bien dans les annexes

J'ai dit que, sur le vivant, j'avais pu faire une constatation analogue. C'était chez une jeune femme (obs. XX), opérée en mon absence d'une collection pelvienne gauche, par incision du cul-de-sac; le pus évacué, la masse salpingienne sus-jacente avait été sentie, mais respectée. A mon retour, je trouvai que la cavité vidée s'était comblée ; l'orifice était fermé et ne fournissait plus de pus. Mais on sentait toujours par le toucher combiné, dans la région de la trompe, une masse qui me parut fluctuante, et que je songeais à atteindre à travers l'ouverture vaginale, fraîchement cicatrisée et qui devait céder facilement. Les règles étant survenues, je fus quelques jours sans pouvoir examiner la malade. Lorsque cela me fut de nouveau permis, l'état local s'était beaucoup modifié ; il me parut que la tuméfaction perçue par moi, peu de jours auparavant, avait notablement diminué. On sentait d'autre part à droite de l'utérus, c'est-à-dire du côté opposé, une masse évidemment annexielle. En présence de cette double lésion, ne donnant, ni d'un côté ni de l'autre, la sensation de fluctuation, je me décidai à aller à leur recherche par une laparotomie.

Du côté droit je trouvai une trompe épaissie, enflammée, non suppurée, qui fut facilement enlevée. Du côté gauche, celui où l'incision vaginale avait été faite, les lésions étaient un peu plus avancées; de petits foyers purulents existaient dans l'épaisseur de la trompe. Mais le point intéressant, est que l'on pouvait délimiter au-dessous de la trompe un espace cavitaire, en grande partie comblé, dans lequel le pus évacué par le vagin avait dû s'accumuler. Cette loge était située à gauche et en arrière de l'utérus, laissant en avant d'elle un ligament large absolument sain.

Il était donc bien clair que nous retrouvions ici encore la trace d'une double lésion : la salpingite, d'une part, et de l'autre la péri-salpingite ou inflammation suppurative et enkystée du péritoine, consécutive à l'inflammation de la trompe.

J'ajoute enfin qu'un incident opératoire, qui est loin d'être rare, parle encore en faveur de l'existence de la péri-salpingite telle que je la comprends. Il arrive parfois, en effet, que croyant

avoir affaire à une suppuration pelvienne, l'opérateur constate, non sans étonnement, que l'incision du cul-de-sac donne issue à un liquide simplement séreux. Mais si l'on a soin d'explorer avec le doigt la cavité ouverte, il peut se faire que l'on découvre une masse plus profonde, qui, ouverte, laisse échapper un flot de pus.

J'ai eu trois fois occasion d'observer cette disposition. Dans un quatrième cas, la maladie salpingienne ne fut pas reconnue ; elle se vida spontanément le huitième jour (obs. II).

Et que l'on ne me dise pas que, dans ce dernier cas, la suppuration résultait de l'infection secondaire de la poche à contenu primitivement séreux. J'ai eu en effet, en d'autres circonstances, occasion d'inciser de semblables collections séreuses, d'origine évidemment annexielle, guérissant après évacuation et drainage, sans suppuration secondaire. Dans ces cas, les lésions des annexes reconnues par le toucher combiné étaient peu considérables, et probablement, comme la suite l'a démontré, non suppurées.

Il résulte, me semble-il, de ce qui précède que l'inflammation péritonéale circonscrite qui accompagne presque fatalement les lésions annexielles, donne souvent lieu à un épanchement qui peut n'être que séreux, qui plus souvent sera suppuré.

Cette collection est facilement atteinte et évacuée par l'incision vaginale. Mais pour que l'opération soit complète et vraiment utile, elle doit atteindre la lésion annexielle primitive, toutes les fois que celle-ci pourra être reconnue.

L'opération que je préconise ne sera donc pas, dans la majorité des cas, une simple incision d'abcès bombant dans le vagin. Ce sera une opération réglée, une élytrotomie, qui, après avoir donné accès dans une collection péri-annexielle, permettra de dépister et d'ouvrir un second foyer plus profond, siégeant dans les annexes.

J'en viens maintenant aux *résultats* obtenus.

Mes observations limitées aux cas sur lesquels seuls je désire attirer votre attention, c'est-à-dire aux *collections latérales à l'utérus ou postéro-latérales, dans lesquelles, il est ordinai-*

rement possible de reconnaître l'existence d'un double foyer : l'un, profond annexiel (salpingite ou salpingo-ovarite), l'autre superficiel ou péri-annexiel (péri-salpingite), sont au nombre de 25.

Groupe I. — **Ovaro-salpingite suppurée avec péri-salpingite séreuse.**

Dans ce *premier groupe*, je place les cas où la salpingite suppurée a donné lieu à une péri-salpingite simplement séreuse, ou, en d'autres termes, ceux où l'ouverture du cul-de-sac vaginal donne issue à un liquide séreux ; le pus n'apparaît que dans un second temps, provenant d'une poche plus haut située.

J'ai déjà dit que j'avais observé quatre cas de ce genre (obs. I à IV). Ces quatre malades sont sorties guéries moins d'un mois après l'opération. Chez d'eux d'entre elles cependant (obs. III et IV), il existait des lésions annexielles du côté opposé, dont la rétrocession avait été manifeste. J'aurai occasion de revenir sur ces faits.

Trois ont été revues, l'une au bout de quinze jours, l'autre de trois semaines, une seule neuf mois plus tard, toutes en très bon état.

Il me sera peut-être permis de faire remarquer à ce propos, que chirurgien à Saint-Antoine depuis nombre d'années, je m'y suis formé une clientèle, dont j'ai eu occasion d'observer la fidélité ; que, dans la généralité des cas (je ne nie pas les exceptions), les malades non guéries me reviennent, et inversement, que je puis considérer comme définitivement hors d'affaire, au moins pour la plupart, celles qui ne se représentent pas. Témoin l'étonnement naïf de cette femme répondant à un de mes internes qui lui avait demandé de revenir se faire voir, et disant que l'idée ne lui en serait jamais venue *puisqu'elle était guérie !*

Groupe II. — **Ovaro-salpingite et péri-salpingite l'une et l'autre suppurées.**

Ce second groupe comprend les faits beaucoup plus nom-

breux (21 cas) où la suppuration occupe à la fois les annexes et le péritoine voisin.

Je diviserai ces cas en deux groupes, suivant que les collections suppurées siègent d'un seul côté de l'utérus ou des deux côtés.

A. — **Collections unilatérales**, 17 cas; 1 mort. J'élimine immédiatement le cas de mort (obs. XXI); il ne doit pas être porté au passif de l'opération. Il s'agit en effet d'une malade morte un mois après l'intervention de péritonite généralisée, consécutive à une perforation du côlon transverse (1). Nous pûmes, chez cette femme, constater, à l'autopsie, que les lésions du côté opéré étaient en bonne voie de guérison.

Des 16 autres opérées qui ont toutes survécu :

10 ont guéri *sans incidents ;*

4 guéries également, mais après des *complications* sur lesquelles je reviendrai.

Chez 2, l'intervention n'a pas donné le succès thérapeutique voulu.

Des 10 malades guéries sans incidents, huit l'ont été dans un intervalle de temps variant entre quinze à trente jours. Chez deux, la guérison a tardé de deux à trois mois. Cinq ont été revues, en bon état général et local, un mois et demi, deux mois, neuf mois, onze mois et quatre ans après leur sortie.

Chez toutes, sauf une, l'existence de la double collection salpingienne et péri-salpingienne a été reconnue au cours de l'opération. Chez une seule (obs. XIII), opérée en 1893, je n'avais pas osé attaquer une masse plus haut située et qui s'est vidée ultérieurement. Cette malade est une de celles chez qui la guérison a été retardée.

Deux fois (obs. VI et XIII), les lésions étaient bilatérales, mais suppurées d'un côté seulement. L'intervention n'a porté que sur la collection suppurée. Un mois plus tard, à la sortie des malades, la salpingite du côté non opéré avait disparu. Bien

---

(1) J'ai déjà eu occasion de mentionner ce fait à propos de la communication de M. Kirmisson sur les ulcérations perforantes de l'intestin de cause inconnue.

plus, l'une d'elles (obs. XIII), au bout de quatre ans, devenait enceinte et accouchait heureusement. A tous égards donc je pouvais me féliciter de n'avoir pas fait une opération plus radicale qu'aurait pu justifier la bilatéralité des lésions.

Cette circonstance de la disparition d'une tuméfaction salpingienne, supposée non suppurée, à la suite de l'évacuation d'une collection suppurée du côté opposé, a été constatée par moi et par mes internes de la façon la plus nette, dans plusieurs autres cas.

Restent, pour achever la revue des opérées de cette série, six malades que j'ai mises à part ; quatre, à cause des complications survenues, qui n'ont pas, du reste, empêché la guérison finale de se produire ; deux, parce que l'intervention a abouti à un insuccès thérapeutique dont j'aurai à rechercher la cause.

Voyons d'abord les *complications*.

Deux fois j'ai vu s'établir une *fistule stercorale*. Dans l'un de ces cas (obs. XV), l'incident fut de très courte durée.

Au second pansement, on constata la présence de matières fécales dans le vagin. Il n'y en avait pas trace au pansement précédent : il s'agissait donc probablement d'une de ces perforations consécutives et non opératoires de l'intestin, sur lesquelles mon excellent élève et ami M. Jayle a attiré l'attention (1). Cet écoulement alla rapidement en diminuant. Au quatorzième jour, il avait cessé, et la malade sortait guérie trois semaines après l'opération.

Le cas cependant avait paru grave. Ici encore les lésions étaient doubles, formant deux masses encadrant l'utérus et le repoussant en avant. L'incision, en raison de ce fait, fut pratiquée dans le cul-de-sac postérieur. Le doigt introduit avait découvert et évacué une collection siégeant à droite ; à gauche, il n'avait rencontré et dilacéré que des parties dures, sans trace de pus.

(1) JAYLE (F.). Pathogénie de quelques fistules recto-vaginales consécutives à l'hystérectomie vaginale. *Ann. de Gynécol. et d'Obstétrique*, février 1896, t. I, p. 118.

Dans le second cas (obs. XVI), la fistule stercorale s'établit plus tardivement, ce ne fut qu'au 12e jour qu'elle fut évidente; depuis quelques jours, le pus avait une odeur fécaloïde. Ce cas est le seul où j'ai pu, par l'ouverture vaginale, extraire la trompe malade. Cette manœuvre a peut-être été pour quelque chose dans la formation de la fistule.

La malade, très améliorée, sortait sur sa demande, cinq semaines après l'intervention ; la fistule pyo-stercorale était très réduite, fournissait très peu de pus et de matières, mais persistait encore. J'ai appris qu'elle s'était oblitérée peu après.

Chez une autre opérée (obs. XVII), j'ai vu survenir ce curieux écoulement séreux — que j'ai décrit ailleurs sous le nom d'*hydrorrhée péritonéale* (1) — d'aspect et d'abondance tels que l'on songe tout d'abord à une perforation de l'uretère ou de la vessie. Cette malade, après divers incidents, ne guérit qu'à la suite d'une laparotomie, au cours de laquelle je pus constater le bon état des parties du côté primitivement opéré.

Je note encore parmi les complications, la formation d'une *fistule* purulente (obs. XVIII), ou mieux peut-être la non-fermeture de l'incision vaginale, lorsque la malade, six semaines après l'opération, sortit sur sa demande.

Chez cette femme, quelques jours après l'intervention (incision du cul-de-sac postérieur), la cavité ouverte s'était mise en communication avec le rectum ; les selles contenaient du pus. Cet état persistait à sa sortie.

Tout était fermé, lorsque nous la revîmes six mois plus tard; il ne fut pas possible de savoir exactement à quelle époque le pus avait cessé de couler, soit par le vagin, soit par l'anus. Cette malade a été revue en bon état six ans après sa sortie.

Il est assez remarquable que je n'aie observé que ce seul cas de fistule se formant à la suite d'une incision du cul-de-sac. Je pense être tombé sur une série heureuse ; car je sais que d'autres chirurgiens ont signalé la fréquence de cette complication. J'ai eu moi-même à soigner un cas de ce genre chez une malade

(1) Congrès de Chirurgie, 1896. *Comptes rendus*, p. 477.

opérée ailleurs, et j'ai eu grand'peine à obtenir la fermeture définitive du trajet. Peut-être le soin apporté à la recherche d'un foyer profond est-il pour quelque chose dans les bons résultats que j'ai obtenus.

Mes deux *insuccès thérapeutiques* portent avec eux leur enseignement. Mon sentiment est, en effet, qu'ils auraient pu être évités, si l'opération avait été conduite suivant les règles que je préconise actuellement.

J'ai déjà longuement rapporté un de ces cas (obs. XX). Je rappelle qu'il s'agit d'une femme opérée en mon absence par simple incision vaginale, une masse salpingienne perçue plus profondément avait été respectée. J'ai dû plus tard enlever, par laparotomie, les annexes malades des deux côtés. Je crois que l'opération par le vagin, si elle avait été poussée à fond, eût pu amener une guérison complète. Je pus constater, en effet, lors de la seconde intervention, que la trompe du côté non opéré ne contenait pas trace de pus, et que, du côté opéré, les lésions étaient en voie de rétrocession.

L'autre malade (obs. XIX) a été opérée par moi en 1893, à une époque où je n'avais pas l'expérience que j'ai acquise depuis. Trouvant, après l'évacuation de la collection péri-utérine, une masse haut située, relativement mobile, je n'osai pas l'attaquer à son tour et crus plus sage de l'atteindre ultérieurement par laparotomie. A la sortie de la malade un mois plus tard, on sentait, au côté gauche de l'utérus, la masse annexielle, très diminuée, il est vrai, de volume et, semblait-il, en voie de résolution, mais toujours manifeste. Cette femme n'a pas été revue et je ne puis la ranger parmi les guéries.

B. — **Collections bilatérales.** — Dans une dernière catégorie je groupe les faits où la suppuration des annexes est *bilatérale :* les collections purulentes constatées ou soupçonnées siègent de l'un et de l'autre côté de l'utérus.

Ces cas, à moins de fluctuation évidente, ou d'un état général grave, contre-indiquant tout autre mode d'intervention, ne sont pas, en général, justiciables de la méthode. Aussi ne puis-je en citer que quatre, dont deux terminés par la mort.

Chez les deux malades qui ont guéri, je n'avais pas, au moment de l'intervention, la certitude que les deux masses senties de chaque côté de l'utérus, fussent l'une et l'autre suppurées.

Chez l'une (obs. XXIII), je pus découvrir et évacuer, séance tenante, et à travers la même incision, une collection siégeant du côté opposé à celui où j'opérais.

Chez l'autre (obs. XXII), après avoir ouvert le cul-de-sac latéral droit, il fallut neuf jours plus tard inciser le gauche. Dès lors, les choses marchèrent à souhait.

Ces deux malades ont guéri en des délais relativement courts, cinq et sept semaines.

L'état général grave, la haute température, le début récent des accidents aigus imposaient dans ces deux cas l'incision vaginale, seule opération possible.

J'en dis autant des deux autres, ceux qui ont abouti à la mort.

Dans l'un (obs. XXIV), il s'agissait, comme l'autopsie l'a démontré, d'une double salpingite tuberculeuse ayant déterminé un vaste abcès enkysté du péritoine, dans lequel s'ouvrait une anse de l'intestin grêle. J'avais d'abord songé, à cause de la bilatéralité des lésions, à pratiquer une hystérectomie vaginale. Mais après l'ouverture du cul-de-sac postérieur, et l'issue de flots d'un pus fétide mélangé de matières intestinales, je dus naturellement y renoncer. L'état général de la malade était tel du reste, qu'aucune intervention ne pouvait la sauver.

Il n'en était peut-être pas de même chez l'autre (obs. XXV).

Les accidents dataient de trois mois. A son entrée dans le service, elle présentait, au toucher, deux grosses masses latérales à l'utérus, dont l'une remontait à mi-chemin de l'ombilic; ces masses étaient rénitentes, presque fluctuantes. Elles étaient réunies par une troisième ; celle-ci, très dure, occupait le cul-de-sac postérieur. L'utérus était refoulé en avant.

L'incision du cul-de-sac postérieur donne issue à un flot de pus fétide. L'état général, qui était grave, s'améliore ; mais, dix jours après, la température remonte. J'explore la cavité et découvre une autre grosse masse incluse qui, ouverte au bistouri, laisse échapper un nouveau flot de pus.

Il était trop tard. La température tombe, mais l'infection continue. Huit jours après, la malade est emmenée mourante par sa famille.

La dernière collection ouverte aurait été, d'après les idées que je défends, un foyer annexiel, qui n'a malheureusement pas été reconnu lors de la première intervention. On peut se demander si, évacuée plus tôt, l'issue n'eût pas été différente.

Conclusions. — Des considérations qui précèdent, je conclus que, abstraction faite des cas de pelvi-péritonite et de phlegmons du ligament large, accessibles par le vagin, cas dans lesquels l'incision vaginale est de règle, ce mode d'intervention constitue encore une ressource utile dans les ovaro-salpingites suppurées *unilatérales*.

Ces lésions suppurées des annexes s'accompagnent ordinairement d'une inflammation circonscrite du péritoine voisin (péri-salpingite), donnant lieu à une collection le plus souvent suppurée, quelquefois séreuse.

Cette collection, qui se présente la première sous le bistouri, sera d'abord évacuée. Mais pour que l'opération soit complète, on devra aller à la recherche du foyer annexiel plus profondément situé. Ce foyer ne sera pas toujours découvert; mais s'il existe, il sera incisé, vidé, drainé.

Même dans les cas de salpingite suppurée, haut située, facilement enlevable par laparotomie, je crois que, chez une femme jeune, lorsque le cas est récent, et la lésion unilatérale, il sera permis, si elle peut être atteinte par le vagin, d'essayer de l'aborder par cette voie. On obtiendra ainsi, à moins de frais, à moindre péril aussi, une guérison qui, si je m'en rapporte à mon expérience, sera, dans la majorité des cas, définitive.

Lorsque les lésions, même récentes, seront *bilatérales*, l'incision vaginale sera généralement insuffisante.

A fortiori le serait-elle si l'affection est ancienne, lorsque l'utérus est immobilisé au milieu de masses inflammatoires même partiellement suppurées. L'opération doit alors intéresser l'utérus lui-même, qui sera enlevé avec les annexes, soit par le vagin, soit par l'abdomen.

Le succès que j'ai obtenu dans deux cas où les lésions suppurées siégeaient de chaque côté de l'utérus ne modifie pas sur ce point ma manière de voir.

Tout au plus serait-on autorisé à se contenter d'abord de l'ouverture par le vagin de collections volumineuses et évidentes, mais avec la pensée que ce ne sera là que le premier temps d'une opération plus complète qui devra être faite ultérieurement.

Dans certains cas, le résultat dépassera l'attente et la guérison sera, comme chez mes deux malades, définitive; mais ces faits sont exceptionnels, il n'y faut pas compter.

En fait, l'incision vaginale sera presque exclusivement réservée aux collections unilatérales siégeant dans les annexes, dans le péritoine ou dans le ligament large. Et, résumant d'un mot mon sentiment, je dirai que toute collection, siégeant d'un seul côté de l'utérus, si elle est abordable par le vagin, doit être d'abord attaquée par cette voie. L'opération sera souvent curative. Elle ne mettra pas obstacle, si elle ne donne pas le résultat voulu, à une intervention ultérieure, plus radicale.

OBSERVATIONS

Collections latérales ou postéro-latérales dans lesquelles il est ordinairement possible de reconnaître un double foyer : l'un profond annexiel (salpingite ou ovaro-salpingite), l'autre superficiel ou péri-annexiel (péri-salpingite).

Groupe I. — **Ovaro-salpingite suppurée avec péri-salpingite séreuse.**

4 cas, 4 guérisons.

Obs. I. — L..., 38 ans. Ni accouchement, ni fausse couche. Règles régulières. — Souffre du ventre depuis 1894. Pertes blanches.

Le 16 juillet 1896, brusquement ces douleurs deviennent plus vives, nécessitant le séjour au lit. Vomissements.

État à l'entrée (22 juillet). — Assez bon état général. Pas de fièvre. Examen local rendu presque impossible par les douleurs.

29 juillet. Douleurs de plus en plus vives. Leucorrhée visqueuse, abondante.

Le 31. Examen sous chloroforme. L'utérus est repoussé en avant et un peu à droite. Dans le cul-de-sac gauche et postérieur, volumineuse tuméfaction rénitente, qui s'avance un peu dans le cul-de-sac droit.

Opération (31 juillet). — Incision transversale partant du col à l'union des culs-de-sac postérieur et latéral gauche. Le bistouri ouvre d'abord une première poche, peu considérable, contenant un liquide séreux, puis une seconde, volumineuse, d'où s'écoule une grande quantité de pus. Le doigt introduit rencontre dans cette poche une partie dure, accolée à l'utérus et probablement formée par l'ovaire. Il constate que la cavité s'étend derrière l'utérus et le dépasse à droite. De ce côté, il découvre une nouvelle petite collection purulente, qui est ouverte. Deux drains.

Suites. — Simples. Écoulement très abondant le premier jour, puis diminue rapidement.

12 août. Suppression des drains.

Le 17. La malade se lève, ne souffre plus; mais il reste de la leucorrhée purulente venant de l'utérus.

Sortie le 19. Utérus peu mobile. A droite, on ne sent rien. A gauche, induration linéaire. Aucune douleur à la pression.

Revue le 9 septembre. Culs-de-sac absolument souples. Aucune souffrance. L'utérus est encore un peu gros. Sécrétion insignifiante.

Obs. II. — T..., 30 ans. Il y a quatre ans, grossesse gémellaire, accouchement difficile, forceps. Accidents puerpéraux consécutifs. Depuis la malade souffre du ventre; métrorrhagies; leucorrhée. A plusieurs reprises, crises douloureuses (pelvi-péritonite?).

État à l'entrée (17 janvier 1896). — Femme nerveuse, probablement éthylique. Se refuse presque à toute exploration, comme trop douloureuse. On ne peut l'examiner que sous chloroforme :

Col utérin entr'ouvert. Corps refoulé à gauche et en avant. A droite de l'utérus et se prolongeant en arrière, masse qui l'environne, donnant au toucher une sensation de mollesse, presque de fluctuation.

Cette masse se sent aussi par le palper, en déprimant la paroi abdominale. De ce côté, elle est plus tendue, presque dure. Elle est peu mobile. Son volume est celui d'une grosse orange environ.

On croit, en raison de la vive douleur et d'une légère élévation thermique, à une collection purulente d'origine salpingienne.

Opération (23 janvier). — Incision postérieure, empiétant sur le cul-de-sac droit. Le vagin incisé, il ne s'écoule rien. Le doigt, introduit dans l'ouverture vaginale, sent, et le bistouri boutonné pénètre la masse qui est derrière et d'où sort un liquide séreux abondant, coloré en rouge brun.

Le doigt, introduit dans la cavité ainsi ouverte, rencontre une masse mollasse, qui ne peut être que la trompe légèrement tuméfiée. Pas de lavage. Deux drains.

Examen du liquide. — Stérile.

Suites. — Simples. Chute immédiate de la fièvre, et disparition des douleurs. Écoulement séreux, abondant.

3 février. On constate que cet écoulement est devenu purulent, ce qui oblige à maintenir le drainage,

Le 5. Beaucoup moins de pus; suppression d'un drain.

Le 9. Suppression définitive de tout drainage.

Sortie le 17. Tout est fermé.

Revue le 3 novembre 1896. Culs-de-sac souples, non douloureux.

Obs. III. — D..., 24 ans. Accouchement il y a cinq ans. Leucorrhée abondante depuis cette époque.

Depuis trois mois, les règles sont très douloureuses.

Le 27 août 1896, refroidissement au moment des règles qui s'arrêtent brusquement. Depuis cette époque, violentes douleurs abdominales avec maximum à droite, ayant nécessité le repos au lit. Amaigrissement.

État à l'entrée (10 septembre 1896). — L'utérus est en latéro-version droite, fixe. A droite et en arrière de l'utérus, tuméfaction arrondie, à parois minces, très douloureuse, déprimant fortement le cul-de-sac, rénitente, de la grosseur d'un gros œuf. A gauche, salpingite très douloureuse, mais moins volumineuse, n'ayant pas l'apparence d'une poche comme à droite et moins saillante dans le cul-de-sac vaginal. Le toucher est extrêmement douloureux. La température monte le soir à 38 degrés et 38°,5.

Opération (1) (13 septembre). — Incision transversale du cul-de-sac postérieur. Ouverture aux ciseaux de la collection droite; écoulement d'un liquide citrin. Le doigt pénètre profondément dans cette poche qui

---

(1) Par M. Arrou, momentanément chargé du service, qui a bien voulu me communiquer cette observation.

est volumineuse et située derrière l'utérus. Dans sa cavité on trouve une tumeur allongée, libre par son extrémité, située en haut et à droite, rattachée au contraire à gauche par un pédicule aux tissus péri-utérins. On l'incise avec les ciseaux ; il s'en écoule du pus ; on agrandit l'ouverture à l'aide des doigts. A la partie supérieure de la grande poche séreuse, existe en outre une petite tumeur arrondie, formée probablement par un des ovaires petit et induré. On place dans la poche séreuse un gros drain rigide, dont l'extrémité profonde pénètre dans la petite poche purulente.

Suites. — Le soir, la température atteint 39 degrés. Les jours suivants, elle ne s'élève pas au-dessus de 37°,5. Le 21 et le 22 septembre, elle remonte le soir à 38°,5. On enlève le drain qui est complètement obstrué par du pus concrété. On crève avec le doigt une petite collection séreuse qui s'est reformée au-dessus de l'incision vaginale. Les bords de la grande ouverture s'étant affaissés, on ne peut réintroduire que peu profondément un drain de plus faible calibre. Les quelques douleurs que la malade accusait depuis quatre jours disparaissent.

Le 24 septembre, le drain a été expulsé ; il est réintroduit, mais à une profondeur de 3 à 4 centimètres seulement. Le 30 septembre, le drain a de nouveau été expulsé ; on ne le réintroduit pas.

Sortie le 1er octobre. Le toucher vaginal ne détermine aucune douleur ; il n'existe plus de tuméfaction mais seulement une légère induration en arrière de l'utérus.

Revue le 15 octobre. Les douleurs ont complètement disparu. Culs-de-sac libres.

Obs. IV. — D..., 22 ans. Bonne santé habituelle. En janvier 1896, fausse couche de deux mois ; pertes pendant huit jours. Depuis 1 mois, souffre du ventre.

État à l'entrée (17 juin 1896). — Toucher : col un peu gros, très légèrement entr'ouvert, correspondant à un corps un peu gros, un peu dévié à gauche et immobilisé. Cul-de-sac droit : masse peu tendue, douloureuse, accolée à l'utérus et débordant un peu en avant. Cul-de-sac gauche : tendu, masse difficilement délimitable, de la grosseur d'une orange.

Ces deux masses latérales sont accolées à l'utérus et empiètent en avant sur le col. Rien dans le cul-de-sac postérieur. — Pas de fièvre.

22 juin. La température s'est élevée hier.

Un nouvel examen permet de constater que la tumeur de gauche a

considérablement augmenté de volume ; c'est une grosse masse évidemment fluctuante, perçue par le palper presque jusqu'à l'ombilic. Par le toucher, elle est sentie dans le cul-de-sac gauche, mais beaucoup mieux dans le cul-de-sac postérieur où elle bombe. Ce dernier signe est encore mieux appréciable dans le sommeil anesthésique. On *voit* alors, au fond du vagin, le cul-de-sac postérieur très tendu et bombant, quand on presse sur la partie abdominale de la tumeur. On retrouve toujours *à droite* une masse dure, non fluctuante, du volume d'une mandarine.

Opération (22 juin). — Incision du cul-de-sac postérieur.

A peine le bistouri est-il enfoncé que du liquide s'écoule, séreux, très fluide, clair, coloré en brun, en quantité considérable.

Cette collection vidée, M. Monod, qui s'étonnait de n'avoir trouvé que de la sérosité, alors qu'il comptait voir du pus, met le doigt dans l'ouverture vaginale pour explorer la cavité Il rencontre alors une seconde collection, à parois molles qui cèdent facilement sous la pression du doigt, et d'où s'écoule un flot de pus. Ce pus évacué, on sent nettement, au delà de l'incision vaginale, les bords du second orifice, mous et flottants. La seconde collection est évidemment le foyer salpingien proprement dit ; la première est le fait d'une péri-salpingite séreuse.

Lavage à l'eau bouillie. Deux drains. Gaze iodoformée dans le vagin.

Examen des liquides. — Ils sont tous deux stériles.

Suites. — Simples. Pansement tous les deux jours. Les drains sont définitivement supprimés le 10 juillet.

Sortie le 18 juillet. Aucune souffrance.

Le cul-de-sac postérieur est encore un peu dur, mais à peine sensible au toucher. Les culs-de-sac latéraux sont libres.

GROUPE II. — **Ovaro-salpingite et péri-salpingite, l'une et l'autre suppurées.**

21 cas qui se subdivisent en deux catégories, suivant que les collections suppurées sont *unilatérales ou bilatérales.*

1° COLLECTIONS SUPPURÉES UNILATÉRALES (17 cas).

14 guérisons, dont 10 sans incidents et 4 avec complications diverses.

2 insuccès thérapeutiques.
1 mort (par affection intercurrente).

a) *Guérison sans incidents* (10 cas).

Obs. V. — M..., 37 ans. A la suite d'un accouchement en 1882, accidents nets de pelvi-péritonite ; puis tout rentre dans l'ordre. Cependant, depuis cette époque, la malade n'a jamais cessé de souffrir dans le ventre. Le 1er mars 1894, réapparition d'accidents de pelvi-péritonite.

État à l'entrée (12 mars 1894). — Mauvais état général. Fièvre 40°. Vomissements. Ventre ballonné et douloureux.

Les accidents aigus s'amendent par le repos et l'application de glace sur l'abdomen.

20 mars. Il reste une masse pelvienne, à gauche et en arrière de l'utérus, nettement perçue par le palper abdominal combiné au toucher vaginal ; elle est peu mobile, fait corps avec l'utérus, est très dure. La fièvre persiste avec des exaspérations vespérales. Les jours suivants, la masse péri-utérine semble se ramollir.

Opération (31 mars). — Incision à l'union des culs-de-sac postérieur et gauche ; pus. Le doigt, introduit par l'incision vaginale, doit se porter très profondément pour pénétrer dans une cavité petite, à parois lisses, d'où s'écoule du pus fétide. Drains.

Examen du pus. — Streptocoque et colibacille.

Guérison rapide. *Sortie* le 22 avril.

Revue en janvier 1895, les culs-de-sac sont souples, l'utérus mobile.

Obs. VI. — B..., 45 ans. Depuis un avortement, fait en 1880, la malade souffre du ventre, surtout au moment des règles, qui sont très abondantes et suivies de leucorrhée.

En novembre 1895, apparition subite, sans cause appréciable, de violentes douleurs dans le ventre, s'accompagnant de vomissements, de ballonnement et de constipation. Ces accidents durent trois semaines, durant lesquelles la malade est demeurée alitée. — 24 décembre 1895, nouvelle crise.

État à l'entrée (1er janvier 1896). — État très grave. Ventre ballonné, très douloureux. Vomissements verdâtres, fréquents. Fièvre. Examen local impossible.

Le 8. Ces accidents péritonitiques s'étant apaisés, on sent *par le palper*, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur très douloureuse, pas

très dure, située parallèlement à l'arcade crurale, très difficile à délimiter, paraissant plonger dans le petit bassin.

Par le toucher, col gros, ulcéré. Utérus un peu immobilisé, rejeté en avant et à droite.

Dans le cul-de-sac gauche, on trouve une grosse masse, empiétant sur le cul-de-sac postérieur, bien acessible par le palper combiné. Dans le cul-de-sac droit, mais plus profondément, autre masse, moins appréciable par le palper combiné. Apyrexie.

Le 12. La malade a de nouveau de la fièvre (le soir, 40 degrés ; le matin, 37°,5). Elle souffre plus du ventre mais ne vomit pas. — Au toucher, la masse gauche devient fluctuante, mais elle demeure toujours à distance du vagin.

Opération (14 janvier). — Incision du cul-de-sac gauche. On pénètre presque aussitôt dans une première poche contenant un liquide séreux, louche, fortement chargé de pus. Il faut faire un violent effort pour crever avec le doigt une seconde poche que l'on sentait derrière ; il s'écoule alors un flot de vrai pus, fétide. Cette poche ouverte, le doigt pénètre dans une cavité qui s'étend en haut et à droite.

A droite, on sent la seconde masse perçue avant l'intervention. On préfère n'y pas toucher, parce qu'elle ne paraît pas fluctuante.

Grand lavage de la cavité gauche, et drain.

Suites. — Aussitôt après l'opération, la malade ne souffre plus. Le soir même la fièvre est tombée. Pansement tous les deux jours.

Le 29. État général excellent. Localement, non seulement la poche incisée et drainée s'est affaissée, mais la masse droite, laissée volontairement en place, a beaucoup diminué aussi. Il ne vient plus que peu de pus par les drains.

3 février. Le drain est tombé, chassé par le travail de cicatrisation. *Sortie* le 6 février.

Le cul-de-sac gauche est un peu induré au niveau de la cicatrice ; la masse droite a complètement disparu.

Remarque. — Ce fait est encore un exemple de la disparition d'une masse annexielle évidemment non suppurée, après évacuation d'un foyer suppuré du côté opposé.

Obs. VII. — D..., 24 ans. Depuis février 1896, la malade tousse ; hémoptysies, amaigrissement, douleur à droite, leucorrhée abondante.

État à l'entrée (12 octobre 1896). — Mauvais état général. Fièvre. Par

le toucher : masse volumineuse, remplissant les culs-de-sac postérieur et latéraux, remontant dans la fosse iliaque droite à trois doigts au-dessus du pubis. Au spéculum on découvre un petit orifice fistuleux dans le cul-de-sac postéro-latéral droit, d'où sort du pus d'odeur infecte.

Le 19. Incision du cul-de-sac postéro-latéral droit. Flot de pus extrêmement fétide. Le doigt effondre alors péniblement une masse dure, collée au bassin. En forçant le trajet fistuleux avec une pince, on ouvre enfin une deuxième collection très haut située, d'où s'écoule un flot de pus. On réunit les deux collections en déchirant. Drains.

Suites. — Chute immédiatement de la fièvre. L'état général devient rapidement excellent ; l'écoulement purulent perd sa fétidité et se tarit.

14 novembre. La cavité est comblée.

Sortie le 21. Les culs-de-sac sont souples ; pas de douleurs, sauf en un point en arrière et à droite, au niveau duquel persiste une très légère sensibilité au toucher.

Obs. VIII. — G..., 22 ans. Souffre à droite depuis le mois de janvier 1896. Entre à l'hôpital le 9 octobre 1896. Depuis le mois de juillet, les douleurs n'ont cessé d'augmenter d'intensité. Elles sont toujours localisées à droite.

État à l'entrée (9 octobre 1896). — Chaque mouvement exaspère les souffrances. État général assez bon, malgré un amaigrissement très marqué. Température : 38 degrés le soir.

Au toucher, on sent une masse remplissant le cul-de-sac droit, empiétant sur le cul-de-sac postérieur, accessible par la palpation, non fluctuante, très douloureuse. Dans le cul-de-sac postérieur, existe une seconde tuméfaction qui paraît distincte de la précédente ; mais par le toucher rectal on sent qu'elles se réunissent.

Le 24. Il existe un véritable plastron dans la fosse iliaque droite.

Opération (27 octobre). — Incision du cul-de-sac latéral droit ; pas de pus. Ponction de la masse avec le bistouri boutonné ; un peu de pus très fétide. Le doigt introduit a d'abord de la peine à trouver le chemin ouvert par le bistouri et doit s'aider d'une longue pince, qui lui sert de conducteur. Il pénètre ainsi, très profondément, dans une cavité d'où s'échappe un flot de pus. Cette poche a des parois lisses. Elle semble cependant présenter à sa partie profonde une portion dure, qui est peut-être la trompe. Lavage à l'eau bouillie. Deux drains.

Examen du pus. — Sur lamelles, pas de microbes ; cultures stériles.

Suites. — Simples. L'écoulement reste fétide jusqu'au 12 novembre. A cette date, on remplace les drains par une mèche.

20 novembre. Suppuration tarie.

Sortie le 22. Utérus mobile, induration légère au niveau de la cicatrice vaginale : absence complète de douleurs. *Revue* un an plus tard, en septembre 1897, la guérison se maintient parfaite.

Obs. IX. — H..., âgée de 22 ans. Pas de passé pelvien. Malade depuis six semaines (souffre en urinant, pertes blanches).

État à l'entrée (1er mai 1896). — Assez bon état général. Pas de fièvre. Souffre du ventre, surtout à gauche.

Examen local. — Utérus mobile, peu volumineux. Cul-de-sac droit, rien. A gauche, masse entre l'utérus et la paroi du bassin, du volume d'une orange, rénitente, douloureuse, accolée à l'utérus, facilement accessible par le vagin qu'elle affleure sans le déprimer. Rien dans le cul-de-sac postérieur.

Opération (5 mai). — Incision du vagin à l'union des culs-de-sac postérieur et latéral gauche. Avec le bistouri boutonné introduit dans l'incision vaginale, on ouvre une première cavité, d'où s'écoule un flot de pus verdâtre. Le doigt pénètre dans une masse plus haut située, à parois tomenteuses, dans laquelle il reconnaît l'existence d'une petite cavité où le drain est placé.

Suites. — Bonnes et rapides. Le drain est supprimé le 12 mai.

Sortie le 18 mai. Utérus mobile ; rien à droite ; à gauche on sent la cicatrice de l'incision, sans tuméfaction, ni douleur.

Obs. X. — M..., 28 ans. Mère et sœur mortes tuberculeuses. Mal de Pott dans l'enfance. Début des accidents actuels, insidieux, à la suite d'une blennorrhagie (novembre 1895). Depuis, souffre du ventre.

État à l'entrée (3 février 1896). — État général médiocre. Léger état fébrile. Ventre tendu, douloureux à la pression. Cul-de-sac droit : grosse masse perceptible par le toucher et le palper combinés, semble à distance du vagin, un peu mobile, accolée à l'utérus qu'elle ne refoule pas, se prolonge un peu en arrière.

Rien à gauche.

Opération (10 février 1896). — Incision latéro-postérieure. Pas de pus. Le doigt, introduit dans la boutonnière vaginale, sent la collection plus haut située, dans laquelle on enfonce un bistouri boutonné. Issue d'une notable quantité de pus fétide.

Le doigt rencontre des parties dures, irrégulières, et plus haut, en s'aidant du palper, une masse plus grosse, arrondie (trompe ou ovaire). La découverte de cette dernière masse donne à penser que la collection évacuée était péri-salpingienne. Deux gros drains. Lavage.

Examen du pus. — Lamelles, diplocoques. Cultures, staphylocoques blancs.

Suites. — Rapides et faciles. Suppression des drains le 19 février.

Sortie le 29 février. L'écoulement purulent est insignifiant, les culs-de-sac sont libres. On ne sent plus la masse perçue lors de l'opération.

Revue en avril. Ouverture vaginale fermée. On ne sent plus rien dans les culs-de-sac.

Obs. XI. — B..., 29 ans. Entrée le 6 avril 1896. — Il y a un an, blennorrhagie. Depuis, souffre du ventre ; pertes blanches. — Il y a trois semaines, à la fin d'une période menstruelle, les douleurs devinrent beaucoup plus vives, obligeant la malade à s'aliter.

État à l'entrée. — Salpingite double évidente, surtout considérable à gauche ; si bien que, M. Monod étant alors en congé, son collègue le remplaçant songe à pratiquer une hystérectomie vaginale, avec ablation des annexes. Il met cependant d'abord la malade au repos.

16 avril. A son retour, M. Monod trouve la malade dans l'état suivant : col utérin entr'ouvert, corps gros, fixé.

A droite, la tuméfaction salpingienne a presque complètement disparu par le repos. A gauche, masse du volume du poing, doublant le cul-de-sac latéral gauche sans le déprimer, repoussant l'utérus à droite, dure, douloureuse, rénitente, sans fluctuation nette, légèrement mobile verticalement.

Cul-de-sac postérieur libre. — Légère ascension thermique le soir. Bon état général.

Opération (17 avril). — Incision du cul-de-sac latéral gauche. Le pus ne paraît pas aussitôt, bien que la paroi vaginale soit tranchée dans toute son épaisseur.

Il faut pénétrer plus profondément, en un second temps, avec le bistouri boutonné, par ponction, pour voir apparaître un peu de pus. Celui-ci ne sort avec abondance que lorsque le doigt, pénétrant plus loin, ouvre la véritable collection. On est alors dans une grande cavité latérale et postérieure à l'utérus, dans laquelle on sent un corps flottant qui est certainement l'ovaire, relativement sain. On n'a pas la notion nette de la trompe. — Gros drain.

Suites. — Faciles. L'écoulement est très peu considérable. Le drain est supprimé le 24 avril ; l'écoulement était devenu insignifiant.

Sortie le 4 mai. On sent la trace de l'incision fermée, avec un peu d'induration à son niveau ; mais le cul-de-sac est souple, l'utérus est mobile. Aucune douleur.

Obs. XII. — M..., 29 ans. Réglée à 14 ans ; règles toujours régulières. Mariée à 25 ans. Pas de grossesse. Ni fausse couche, ni retard. Il y a cinq ans, quelques douleurs abdominales, pertes blanches.

En octobre 1897, est prise asssez brusquement de douleurs abdominales très vives, avec métrorrhagies abondantes pendant quinze jours. Entre à l'hôpital, d'où elle sort guérie au bout d'un mois.

En janvier 1898, les douleurs abdominales reparaissent à la suite d'une congestion pulmonaire. Rentre à l'hôpital (service de M. Siredey) le 11 février, d'où elle passe en chirurgie le 26 février.

État à l'entrée (26 février 1898). — Bon état général, mais douleurs très vives, spontanées et à la pression dans la fosse iliaque droite et le petit bassin. Pas de température.

Examen local. — Par le toucher, on trouve dans le cul-de-sac droit une masse arrondie, globuleuse, bien sentie par le vagin, mais à distance, bien accessible aussi par le palper combiné : douloureuse au toucher, un peu mobile.

Cette masse pourrait être certainement et facilement enlevée par laparotomie. M. Monod, croyant à une ovaro-salpingite, probablement suppurée, préfère essayer de l'évacuer par le vagin.

Opération (27 février 1898) (en présence de M. le Dr Siredey qui nous a adressé la malade). — Incision du cul-de sac droit à son point d'union avec le postérieur. Le vagin complètement incisé, il s'écoule de la sérosité très chargée de pus. Le doigt introduit dans cette ouverture perçoit une résistance, ce qui montre que la vraie collection, comme on le suppose, n'est pas encore ouverte. M. Monod procède, du reste, intentionnellement avec lenteur pour montrer à son collègue et aux élèves comment il comprend la lésion et le mode d'intervention. Le bistouri boutonné est enfoncé, le tranchant tourné du côté de l'utérus, dans la partie qui résiste, et qui n'est autre que la masse perçue par le toucher combiné. Un flot de vrai pus s'écoule aussitôt. Le doigt, glissé à travers ce second orifice, l'élargit et pénètre dans une cavité, qui paraît avoir les dimensions d'une petite orange, bien limitée, à surface tomenteuse avec brides, dans laquelle on fait pénétrer un gros drain.

Pas de lavage. Gaze iodoformée dans le vagin.

Suites. — Pansement tous les deux jours; l'écoulement purulent est peu abondant; le drain est raccourci et diminué de volume.

12 mars. Quelques douleurs, à la suite desquelles un écoulement de pus plus considérable se produit suivi d'un grand soulagement.

La malade rentre quelques jours après dans le service de M. Siredey. L'écoulement par le vagin est insignifiant.

Elle est *revue* en mai 1898. État local parfait. Utérus mobile. Culs-de-sac souples et mobiles.

Obs. XIII. — G..., 25 ans. Depuis 5 ans, métrite catarrhale. En septembre 1893, apparition brusque de douleurs dans le ventre, irradiant dans la cuisse gauche, avec fièvre. La malade entre dans un service de médecine, où on lui fait des injections vaginales. — En novembre 1893, elle est prise durant huit jours d'hémorrhagies avec caillots; le soir elle présente de la fièvre. Cet état symptomatique la décide à entrer à l'hôpital.

État à l'entrée (30 novembre 1893). — On constate que l'utérus est immobilisé par une double salpingite. Le repos ne donne aucune amélioration. En décembre et janvier 1894, la malade présente plusieurs poussées fébriles, avec douleurs dans le ventre.

23 janvier 1894. On constate sous chloroforme l'existence de deux masses latérales, se prolongeant dans le cul-de-sac postérieur. Situées de chaque côté de l'utérus, elles le repoussent en avant et l'immobilisent. La masse gauche, la plus volumineuse, est grosse comme une orange; elle paraît un peu fluctuante. Le toucher de ce côté avait toujours été très douloureux.

Opération (23 janvier 1894). — Ponction, puis incision du cul-de-sac postérieur, donnant issue à un flot de pus non fétide. Le doigt pénètre dans une cavité. A gauche, attenant à la paroi de cette cavité, on sent une masse mollasse, dans laquelle le doigt ne parvient pas à pénétrer. On draine sans insister, et sans savoir par conséquent, si cette seconde masse, certainement constituée par l'annexe malade, est ou non suppurée.

Examen du pus. — Stérile.

Suites. — Guérison lente, la cavité s'évacuant mal.

En février, poussées fébriles avec cortège douloureux. Cet état symptomatique disparaît après dilatation du trajet et large drainage. Le 15 mars, on supprime les drains. Injections quotidiennes. La suppu-

ration est insignifiante. Le 25 mars, les règles apparaissent normales, non douloureuses.

Sortie le 2 avril.

La malade est *revue* en mai : culs-de-sac libres. *Accouchement normal*, en février 1897.

Obs. XIV. — D..., 19 ans. Entrée le 9 novembre 1895. Ni accouchement, ni fausse couche. Règles un peu irrégulières (retards). Souffre du ventre depuis longtemps. Pertes blanches. Depuis six semaines, douleurs en urinant.

Le 17 octobre, entre en médecine avec des accidents abdominaux datant de quatre jours. On croit tout d'abord à une fièvre typhoïde. Au bout de quelques jours, on reconnaît, dans le ventre, l'existence d'une tuméfaction.

Le 5 novembre, passage en chirurgie.

État actuel. — Col utérin conique fermé. Utérus peu mobile. *Dans le cul-de-sac droit*, grosse masse, douloureuse au toucher et peut-être fluctuante, occupe le cul-de-sac antéro-latéral droit, sans le déprimer, refoulant l'utérus à gauche. Cette masse est beaucoup plus perceptible par le palper ; elle remplit, en effet, tout le côté droit du ventre, et remonte presque jusqu'à l'ombilic. On ne sent rien à *gauche*. — Fièvre le soir : 39 à 40 degrés.

Opération (12 novembre). — Incision transversale du cul-de-sac latéral droit. Du pus sourd aussitôt, mais pas en grande abondance.

Le doigt introduit n'est pas dans une cavité. Il faut le pousser à fond pour atteindre une paroi haut située qui, perforée, donne passage à un vrai flot de pus. En explorant cette poche, on sent une bride transversale qui appartient sans doute à la trompe. — Lavage à l'eau bouillie. Deux gros drains.

Examen du pus. — Lamelles et cultures, stériles.

Suites. — Chute immédiate de la fièvre et disparition des douleurs. La poche revient lentement sur elle-même. Les drains ne peuvent être supprimés que le 31 décembre.

4 janvier. Il n'y a plus guère de tuméfaction appréciable à droite ; mais l'ouverture n'est pas encore fermée et fournit encore un peu de pus. On reconnaît à *gauche*, par le toucher combiné, l'existence d'une grosse masse qui remplit tout le cul-de-sac gauche. Depuis quelques jours la malade se plaignait de souffrir à nouveau du ventre, à gauche surtout.

Le 15. La température tend à s'élever le soir. On reconnaît qu'il y a un peu de rétention dans la collection droite ouverte. La réintroduction d'un drain fait immédiatement tomber la fièvre.

17 février. Suppression définitive du drain.

Le 23. Il n'y a plus rien à *droite* qu'un petit orifice donnant issue à quelques gouttes de pus ; mais à *gauche* il reste une masse mobile, indépendante de l'utérus, grosse encore comme une mandarine.

Sortie le 27, en cet état.

Revue le 30 mars. A droite, rien. A gauche, la tuméfaction a considérablement diminué. Il n'y a plus de tumeur appréciable ; mais seulement un peu d'empâtement au toucher. État général excellent.

b) *Complications* (4 cas).

Fistule stercorale (2 cas) ; hydrorrhée péritonéale (1 cas) : fistule purulente (1 cas).

Obs. XV. — P..., 35 ans. Il y a deux ans, métrite hémorrhagique ; curettage. Le 4 mai 1896, vers la fin des règles, douleurs abdominales assez intenses pour forcer la malade à prendre le lit, qu'elle n'a pas quitté depuis.

Entrée le 18 mai 1896. — Mauvais état général. Fièvre (38 degrés le soir). Douleur continue dans le bas-ventre, très intense, surtout au moment des mictions. — Examen local : col utérin normal, repoussé en avant, mais non collé contre le pubis : corps normal, médian, ne dépassant pas la symphyse, immobilisé.

Dans le cul-de-sac gauche, masse volumineuse, très élevée, bien appréciable par le palper, de dureté fibreuse, sensible à la pression, empiétant sur le cul-de-sac postérieur, où elle rejoint la masse dans le cul-de-sac droit, masse moins volumineuse, moins élevée, plus accessible par le toucher que par le palper ; elle s'étend un peu vers le cul-de-sac postérieur.

Par le toucher rectal, on se rend bien compte de la situation de ces deux masses latérales, séparées en haut, réunies en bas ; l'utérus est situé entre elles, repoussé en avant, un peu mobile de haut en bas, mais non transversalement. On perçoit enfin dans le cul-de-sac postérieur des parties dures, qui semblent des indurations de lymphangite péri-utérine.

Diagnostic et discussion du mode d'intervention. — Le diagnostic de

salpingite avec péri-salpingite bilatérale, presque certainement suppurée, ne fait pas de doute.

Malgré la position élevée de la tumeur gauche, M. Monod ne croit pas devoir avoir recours à la laparotomie. L'affection est, en effet, relativement récente, franchement inflammatoire. Il semble qu'il soit possible d'en obtenir l'évacuation à moins de frais que par une laparotomie, qui serait nécessairement pénible, en raison de l'étendue des lésions et des adhérences qui existent certainement.

Même raisonnement, à peu de choses près, pour l'hystérectomie vaginale, qui serait peut-être moins dangereuse, qui est bien indiquée par la bilatéralité des lésions ; à laquelle, du reste, on devra peut-être procéder séance tenante, suivant ce qu'enseignera l'incision exploratrice du cul-de-sac postérieur. M. Monod se décide donc à se contenter d'abord de celle-ci, tout en se tenant prêt à faire l'hystérectomie vaginale.

Opération (30 mai). — *Incision du cul-de-sac postérieur*, un peu plus longue que d'habitude. Le doigt pénètre dans des parties dures qui se laissent mal traverser. — *Exploration à droite :* De ce côté aussi, masses dures qui résistent au travail du doigt; on parvient cependant par dilacération dans une cavité haut située, d'où s'écoule du pus, peu abondant (ce pus, à l'examen bactériologique, est demeuré *stérile*). On sent à bout de doigt une bride transversale, qui représente assez bien une trompe épaissie. — *Exploration à gauche* : Même manœuvre et à peu près mêmes sensations ; tissus durs qui se laissent difficilement déchirer, avec sensation d'une bride transversale haut située ; mais nulle part le doigt ne rencontre de cavité purulente à ouvrir ; pas une goutte de pus ne s'écoule. — Gros drain garni de gaze iodoformée.

Suites. — 1er juin. Premier pansement ; le drain est rempli de pus, 2 juin. Matières fécales dans le vagin. Il n'y en avait certainement pas trace la veille, la malade ayant cependant été à la selle dès le second jour. — Le pansement est refait chaque jour. — 7 juin. Dilatation anale ; les matières recommencent à passer par l'anus. — Du 7 au 14 juin. Les matières passent de moins en moins par le vagin. — 14 juin. Il n'y a plus trace de matières dans le vagin, la fistule stercorale paraît fermée. Il n'a donc fallu pour cela que treize jours.

Sortie le 22 juin. Utérus mobile. Légère induration au niveau de l'ouverture vaginale, qui est cicatrisée. Les deux culs-de-sac latéraux sont libres. — La malade n'a pas été revue.

Obs. XVI. — P..., 33 ans. Un an après un avortement, fait en 1890, apparition de douleurs dans le bas-ventre et de leucorrhée qui ont persisté depuis cette époque. A cinq reprises, dans l'espace de sept ans, poussées de pelvi-péritonite, avec maximum des douleurs à gauche. Réapparition d'accidents analogues le 31 octobre 1897.

État à l'entrée (4 novembre 1897). — Ventre ballonné et douloureux, surtout dans la région ombilicale et à gauche. Par le toucher et le palper combinés on sent une grosse masse, très douloureuse à la pression, occupant le cul-de-sac gauche, empiétant un peu dans le cul-de-sac postérieur, et remontant dans le ventre jusqu'au-dessus de la ligne biiliaque. Pas de plastron abdominal. Cul-de-sac droit libre. — Anorexie, constipation, langue saburrale, fièvre (38 degrés dans l'aisselle).

Traitement. — Injections vaginales, glace sur le ventre, morphine.

Les jours suivants, aggravation des douleurs, la fièvre augmente (38 à 39 degrés). La masse pelvienne semble s'accroître; le cul-de-sac gauche est de plus en plus effacé. Les culs-de-sac antérieur et postérieur sont empâtés.

Opération (10 novembre). — Incision vaginale à l'union des culs-de-sac postérieur et gauche. Ponction de la masse avec un bistouri boutonné. Flot de pus phlegmoneux et fétide. Le doigt introduit dans la cavité ainsi ouverte, reconnaît l'existence d'une seconde poche qui a le volume d'un œuf et qui est située à la partie droite de la poche principale. La pression du doigt suffit à l'effondrer ; nouveau flot de pus. On attire par l'incision vaginale cette seconde poche, qui est un pyo-salpinx, et on la résèque après avoir mis un clamp sur son pédicule. Lavage à l'eau bouillie. On place deux gros drains dans la cavité.

Suites. — Disparition immédiate des douleurs. Chute de la fièvre, qui reparaît le second jour. Le pus prend bientôt une odeur fécaloïde. Le douzième jour, une fistule pyo-stercorale s'établit et laisse passer abondamment les gaz et les matières. Suppression des drains, injections vaginales fréquentes. — Le passage des matières fécales par le vagin devient de moins en moins abondant. L'état général s'améliore rapidement.

Sortie le 18 décembre. La fistule est à peu près tarie. Dans le cul-de-sac gauche on trouve encore une masse indurée, non douloureuse, du volume d'un œuf.

La malade est *revue* en avril 1898. La guérison est complète. Utérus mobile. Culs-de-sac souples. Très bon état péritonéal.

Obs. XVII. — G..., 20 ans. Entrée le 1er mai 1896. — Accouchement il y a un an. Depuis trois semaines, tous les signes d'une blennorrhagie (douleurs en urinant, leucorrhée verdâtre).

Souffre du ventre, surtout à gauche.

Toucher. — A droite, on sent l'ovaire gros comme une amande, pas douloureux. A gauche, grosse masse, repoussant l'utérus et allant jusqu'à la paroi du bassin, venant affleurer le cul-de-sac sans le déprimer ; douloureuse au toucher; paraissant fluctuante.

État général médiocre. Mère morte tuberculeuse. Elle-même, pleurésie il y a un an.

Opération (5 mai). — Incision du vagin à l'union des culs-de-sac postérieur et latéral gauche. Dans cette incision, on insinue un bistouri boutonné que l'on pousse dans la direction de la masse sentie par le toucher combiné. On ouvre ainsi une cavité. Il s'écoule le long de l'instrument un verre à bordeaux environ de pus, mélangé de sang, ou mieux, de sérosité sanguinolente très chargée de pus. L'orifice créé par le bistouri est agrandi avec le doigt; celui-ci pénètre dans un espace plutôt que dans une cavité; trop peu profond pour que l'on puisse y placer un drain, il faut se contenter d'y maintenir une mèche iodoformée. La masse, sentie par le toucher combiné avant l'opération, a en grande partie disparu.

Examen des liquides. — *Sur lamelles*, quelques gonocoques; *cultures*, stériles.

Suites immédiates. — Bonnes. Pansement tous les deux jours. Mais, dès le cinquième jour, la température tend à remonter (38 degrés).

23 mai. On sent de nouveau dans le cul-de-sac gauche, une masse dure et douloureuse, dans laquelle on essaie en vain de pénétrer avec une sonde cannelée à travers l'incision précédemment faite et qui est déjà cicatrisée. Il faut une intervention nouvelle.

Deuxième opération (23 mai). — Une sonde cannelée puis le bistouri boutonné ne peuvent franchir la cicatrice vaginale. Il faut, avec un bistouri pointu, inciser de nouveau le vagin pour pénétrer dans la masse située au-dessus. Le pus apparaît en abondance.

Le doigt introduit pénètre dans une cavité à parois denses, au fond de laquelle il distingue un diverticule très haut situé, pourvu d'un petit orifice à bords mousses. M. Monod se demande s'il n'a pas franchi le diaphragme d'adhérences limitant en haut la cavité. Par prudence, il ne fait aucun lavage, et se contente de placer un drain garni de gaze iodoformée L'impression est que, lors de la première opération, on n'a

atteint qu'un foyer de péri-salpingite, tandis que cette fois c'est la poche salpingienne même qui a été ouverte.

Examen du pus. — *Lamelles :* diplocoque se colorant mal. *Cultures :* un microcoque dont la colonie ressemble au bacterium coli : n'a pas repoussé ; reste indéterminé.

Suites. — Bonnes au point de vue de la suppuration pelvienne. Pansement tous les deux jours. Le pus va rapidement en diminuant de quantité. Mais il se produit un écoulement de plus en plus abondant d'un liquide aqueux que l'on prend d'abord pour de l'urine, mais que l'analyse démontre être purement séreux.

Ce cas est l'un de ceux qui ont été publiés ailleurs par M. Monod sous le titre d'*hydrorrhée péritonéale.*

Après des incidents divers, la malade n'est définitivement guérie qu'à la suite d'une laparotomie (mars 1897), au cours de laquelle on découvre une petite ouverture péritonéo-vaginale, qui est fermée par suture.

Cette dernière opération a permis de constater le parfait état de la séreuse péritonéale qui tapisse le petit bassin, et particulièrement à gauche, du côté de la collection opérée un an auparavant par incision du côté du sac.

Revue en 1898, bien portante.

Obs. XVIII. — P..., 30 ans. Accouchement normal en 1882, infection consécutive légère.

En 1888, apparaissent pour la première fois des métrorrhagies se succédant à intervalles variés, obligeant la malade à séjourner dans divers hôpitaux. Ces pertes s'accompagnaient de douleurs vagues dans le bas-ventre. On crut à cette époque à l'existence d'un fibrome. Elle est soumise à l'électrisation par MM. Vigouroux et Apostoli.

En 1892, elle entre dans le service de M. Hayem, présentant des accidents de pelvi-péritonite.

Trois mois après, elle passe en chirurgie dans le service de M. Monod (avril 1892).

État à l'entrée. — Femme amaigrie. Exploration rendue difficile par les douleurs. On constate cependant l'existence d'une masse prédominant à droite, plongeant en arrière de l'utérus, très accessible par le toucher dans le cul-de-sac postérieur.

Opération (22 avril 1892). — Incision du cul-de-sac postérieur. Flot de pus fétide. Le doigt introduit pénètre dans une cavité dont il

n'atteint pas la limite supérieure. En explorant cette cavité, on reconnaît l'utérus un peu porté à gauche, et, vers son bord gauche, les annexes correspondantes qui ne semblent pas malades. A droite, au contraire, on découvre une masse arrondie, que la main, appliquée sur la paroi abdominale, peut refouler vers le doigt vaginal. Poussant celui-ci à fond vers cette masse, dans laquelle il essaie de pénétrer par effraction, M. Monod ouvre ainsi une nouvelle collection, d'où s'écoule une nouvelle quantité de pus très fétide. Le fond de cette poche est au moins à 10 centimètres du vagin (à bout de doigt). Lavage, et drain garni de gaze iodoformée.

Suites. — Amélioration lente. Au bout de quelques jours, on constate que la malade rend du pus avec les selles. La cavité purulente s'est donc mise en communication avec le rectum.

La malade sort sur sa demande au bout de six semaines. A ce moment, le drainage était supprimé, mais l'ouverture n'était pas fermée, et fournissait encore un peu de pus.

Du pus sortait encore par l'anus.

Revue en janvier 1893. Bon état général. La malade se considère comme guérie. L'orifice d'incision est fermé, il n'y a pas de pus dans les selles. On sent encore dans le vagin des parties dures, non douloureuses, que l'on suppose être des masses cicatricielles. L'utérus est mobile.

Février 1894. La malade rentre dans le service, se plaignant de souffrir au moment des règles, qui sont abondantes. Pertes blanches. Il y a un mois, s'est produite une nouvelle poussée douloureuse dans le bas-ventre, avec fièvre. Au toucher, on sent à droite une masse volumineuse, arrondie, dure, un peu douloureuse, à peine perceptible par le palper combiné. A gauche, tuméfaction plus petite. L'utérus est immobilisé. Il mesure 7 centimètres 1/2.

21 mars, curettage.

Le 26, sort de nouveau, sur sa demande; restera couchée chez elle jusqu'aux prochaines règles.

11 avril, les règles sont venues normalement moins prolongées et moins abondantes. La grosse masse droite a considérablement diminué de volume, elle a celui d'une mandarine à peine. A gauche, la petite tuméfaction ne s'est guère modifiée.

Juillet 1896. Bien réglée, souffre toujours pendant les règles. L'utérus est gros, immobilisé. Les culs-de-sac, particulièrement le gauche, sont durs, rénitents, mais non douloureux (lymphangite péri-utérine).

Pas de tuméfaction appréciable par le palper combiné.

Février 1897. La malade revient nous voir pour des douleurs d'estomac, qu'elle croit devoir attribuer à un cancer. Elle ne se plaint plus du ventre. Règles régulières.

L'utérus est relativement mobile. A droite, rien; à gauche, masse mollasse, non douloureuse.

Novembre 1897. Elle se croit enceinte. Les culs-de-sac droit et gauche sont souples, non douloureux. Tout le segment inférieur de l'utérus est gros.

Revue en 1898. Bien portante, culs-de-sac libres. L'utérus reste gros.

c) *Insuccès thérapeutiques* (2 cas).

Obs. XIX. — M..., 37 ans. Début des accidents en 1885, neuf mois après les dernières couches, par des douleurs aiguës, siégeant dans le flanc gauche et les lombes. Pas de leucorrhée, ni de métrorrhagie. La malade a été toujours régulièrement réglée.

De 1885 à 1893, l'état est demeuré stationnaire, sans aggravation, ni amélioration. Mais vers la fin de mars 1893, la malade est prise de douleurs très vives, qui nécessitent son entrée à l'hôpital.

État à l'entrée (7 avril 1893). — On constate par le toucher et le palper combinés l'existence d'une masse siégeant dans le cul-de-sac postérieur, très douloureuse au toucher, rénitente, non fluctuante. L'utérus est repoussé en avant. Température : 38°,5 à 40 degrés.

Opération (13 avril 1893). — Ponction, puis incision du cul-de-sac postérieur, donnant issue à un demi-verre de pus. Le doigt pénètre dans une cavité peu considérable, siégeant en arrière de l'utérus, traversée de brides. A droite, on sent un ovaire sain. A gauche, le doigt touche une masse arrondie, grosse comme une mandarine, nettement perçue par le palper bi-manuel.

Le foyer de péri-salpingite étant largement ouvert, on laisse en place la trompe.

Suites. — Les drains sont enlevés au bout de huit jours. Le foyer se comble sans accidents, et la malade quitte le service le 15 mai 1893.

État à la sortie. — La malade ne souffre plus, mais elle conserve la petite tumeur salpingienne gauche, qui ne s'est guère modifiée. On l'engage à revenir. Elle n'a pas été revue.

Obs. XX. — G..., 26 ans. Réglée à 17 ans, toujours régulièrement.

Accouchée en décembre 1896. Depuis lors, pertes blanches avec quelques douleurs dans le ventre. En janvier 1898, les souffrances ont notablement augmenté, bas-ventre et reins, à gauche, plus qu'à droite. Un peu de fièvre.

État à l'entrée (11 février 1898). — Au toucher : masse gauche assez volumineuse, qui se prolonge en arrière, et bombe un peu à côté du col.

Première opération (14 février). — Incision du cul-de-sac gauche, par M. Cottet, interne de service. Flot de pus. Gros drain.

Suites. — Normales. Pansement tous les deux jours. L'écoulement diminue peu à peu, puis cesse, et l'ouverture se ferme.

5 mars. A son retour dans le service, M. Monod, constate qu'il existe du côté opéré une masse ovoïde, du volume d'une petit orange, douloureuse à la pression; relativement mobile, paraissant fluctuante, évidemment située dans les annexes du côté gauche. Il conclut de là que, lors de l'opération précédente, le pus contenu dans le péritoine autour de la trompe malade a été seul évacué ; que le foyer ovaro-salpingien a été respecté. Il songe à aller à la recherche de celui-ci à travers l'incision vaginale déjà faite et qui est actuellement fermée.

Le 12. Les règles étant survenues, il a fallu attendre. L'examen de la malade, possible de nouveau aujourd'hui, ne donne plus exactement le même résultat qu'il y a huit jours. La masse gauche semble moins considérable, moins fluctuante, moins mobile. De plus, on constate nettement, à droite, l'existence d'une petite tuméfaction du volume d'une noix, qui ne peut être autre que la trompe droite, elle aussi malade.

En raison dc cette bilatéralité des lésions et de l'insuccès relatif de la première intervention, M. Monod préfère avoir recours à une laparotomie.

Deuxième opération (15 mars 1898). — La trompe droite est facilement amenée dans la plaie et enlevée ; salpingite parenchymateuse, sans pus. A gauche, l'extraction de la trompe est un peu plus laborieuse, elle cède sous la traction, et est enlevée en deux fragments. Au lieu qu'elle occupait, répond un espace cavitaire qui n'existait pas de l'autre côté ; le doigt d'un aide introduit dans le vagin, jusque sur la cicatrice de l'incision du cul-de-sac précédemment faite, soulève le fond de cette cavité. Celle-ci est en arrière du ligament large, tendu, absolument intact au-devant d'elle. C'est en ce point que devait se trouver la collection ouverte lors de la première intervention. De ce côté (gauche), la trompe est le siège de petits foyers purulents.

Remarques. — Ce fait démontre, me semble-t-il, comme j'ai essayé de l'établir plus haut, l'existence possible d'une double collection siégeant l'une dans la trompe, l'autre dans le voisinage de celle-ci, et la nécessité de ne pas se contenter d'ouvrir la collection péri-salpingienne, mais de pénétrer jusque dans le foyer salpingien.

Accessoirement, il donne aussi l'explication de la disparition de certaines lésions salpingiennes bilatérales, alors cependant que l'on n'est intervenu que d'un seul côté. La salpingite droite était ici non suppurée; sa guérison par résolution n'était pas impossible, et fût sans doute survenue, si l'opération, pratiquée plus complètement à gauche, avait donné le résultat que l'on était en droit d'en attendre.

d) *Mort* (1 cas).

Obs. XXI. — C..., 28 ans (1), accouchement normal le 3 septembre 1896. Infection utérine à la suite, pour laquelle elle est soignée dans un service de médecine (glace sur le ventre, injections intra-utérines).

État à l'entrée (23 septembre 1896). — État général mauvais. Fièvre, diarrhée abondante, douleurs abdominales, métrorrhagies.

Au toucher : col utérin collé contre le pubis, déchiré, admettant la pulpe du doigt.

Corps utérin repoussé en avant, très gros, dépasse le pubis de trois à quatre travers de doigt. Dans le cul-de-sac postérieur, tuméfaction rénitente qui le remplit complètement. Il est impossible de la délimiter supérieurement en raison du volume de l'utérus. Rien d'appréciable à droite. Dans le cul-de-sac gauche, induration qui se continue avec une tuméfaction qu'on sent dans la fosse iliaque gauche, dépassant l'arcade fémorale de trois travers de doigt, encore profonde, séparée de l'utérus par un sillon peu accusé. Le paroi abdominable est normale dans cette région, non œdématiée ; la peau n'est pas rouge.

Intervention (23 septembre). — 1° Le curettage de l'utérus ramène de véritables lambeaux de muqueuse ramollie. Injection intra-utérine.

2° Ouverture transversale du cul-de-sac postérieur, puis du péritoine avec le doigt. La collection rétro-utérine ne renferme que du liquide citrin d'abord, puis du pus s'écoule, provenant probablement d'une seconde poche, ouverte par le doigt qui examine les parois de la première.

(1) Mention a déjà été faite de cette observation dans une séance précédente (23 mars 1898) à propos des perforations de l'intestin de cause inconnue.

En passant par la poche rétro-utérine, le doigt se dirige à gauche et effondre progressivement et péniblement la masse dure qui se trouve de ce côté. On creuse ainsi deux tunnels dans cette masse. On ne trouve nulle part trace de collection, en ce point. Un très gros drain est mis dans chaque tunnel ; un drain dans l'utérus.

Bactériologie du pus. — Bacterium coli.

Suites. — Bonnes pendant les huit premiers mois. Le 28 septembre, on trouve dans le vagin un des gros drains expulsé. On le réintroduit, mais on enlève le drain utérin. L'état général se relève ; la malade s'alimente.

1er octobre. Ventre très ballonné. La diarrhée reparaît. Les drains sont expulsés ; on n'en introduit qu'un avec difficulté et peu profondément. Le soir, la température monte à 39° ; jusqu'au 7 octobre, elle atteindra 38° le soir.

Les jours suivants, le ventre se ballonne de plus en plus, et est douloureux, la diarrhée persiste malgré l'opium et le bismuth. La malade maigrit et s'affaiblit. Pas de vomisscments.

Vers le 10 octobre, se produit une amélioration sensible, qui est de courte durée.

Le 19. Les symptômes précédents persistent. Autour de l'utérus n'existe qu'une induration indolore. Apyrexie complète.

Après une nouvelle amélioration passagère, l'état général s'affaiblit rapidement. Le 25, on constate de la matité dans la fosse iliaque droite. Le 26, la malade absorbe une grande quantité de rhum et meurt le 27 au matin.

Autopsie. — Cavité péritonéale remplie d'une liquide louche. Perforation intestinale, du volume d'une tête d'épingle, sur le côlon transverse près de l'angle qu'il forme avec le côlon descendant. L'intestin étant ouvert, on constate qu'à ce niveau, et sur une étendue de 5 à 6 centimètres, la muqueuse présente de nombreuses et grandes ulcérations à fond grisâtre, mais sans rougeur de la muqueuse, ni épaississement des parois.

L'utérus est un peu dévié à gauche. Les annexes droites sont saines. Le cul-de-sac de Douglas est libre. A gauche, les annexes sont confondues en une seule masse épaisse de 2 à 3 centimètres, dont la coupe est blanc grisâtre ; il n'existe aucune trace de pus dans cette masse.

2° Collections suppurées bilatérales (4 cas, 2 morts).

Obs. XXII. — L..., 30 ans. Accouchement il y a un mois et demi et huit jours après, fièvre. Depuis lors, la malade est alitée.

État à l'entrée (6 mai 1896). — Mauvais état général. Fièvre à ascensions vespérales. Douleurs généralisées à tout le ventre. Col utérin entr'ouvert, dur; corps immobilisé, médian. A droite, grosse masse tangente à l'utérus faisant corps avec lui, comblant le cul-de-sac latéral, et empiétant un peu sur l'antérieur et sur le postérieur, douloureuse à la pression, dure, ne formant pas cependant le véritable mur du phlegmon, un peu mobile de bas en haut. A gauche, masse du volume d'une mandarine, accolée à l'utérus, située à distance du vagin, relativement mobile.

Opération (7 mai). — Incision du cul-de-sac latéral droit à son union avec le postérieur.

Du pus s'écoule aussitôt, en quantité peu considérable, une à deux cuillerées à bouche environ, moins qu'on ne pouvait s'y attendre, étant donné le volume de la tuméfaction. On suppose qu'il doit exister une autre collection plus haut située. Le doigt, à la recherche de cette collection, pénètre d'abord dans la cavité d'où ce pus s'est écoulé. Cette poche n'est pas considérable; le doigt est bientôt arrêté par une masse solide dans laquelle il ne pénètre qu'avec peine et par dilacération, sans donner issue à une nouvelle quantité de pus. L'espace ainsi créé dans cette masse dure est cependant assez grand pour qu'on puisse y placer et y maintenir un drain.

Examen du pus. — Streptocoques sur lamelles et sur cultures.

Suites. — La température reste élevée le soir. Langue sèche, rôtie; un petit abcès se forme dans l'épaisseur même du col : il est ouvert le 11 mai. Il sort aussi du pus par le col (métrite purulente). La cavité droite se vide bien ; mais la masse gauche a augmenté de volume ; elle devient plus accessible par le cul-de-sac et semble fluctuante.

Le 16. *Incision du cul-de-sac gauche.* — Pas de pus. Le doigt rencontre une masse solide dans laquelle il ne peut pénétrer. L'espace créé par le doigt n'est pas suffisant pour y placer un drain. On se contente de le tamponner avec la gaze iodoformée, d'autant que la tranche vaginale saigne beaucoup. Quatre pinces à demeure.

Le 18. La gaze iodoformée est remplacée par un drain.

Le 20. L'état général s'améliore. Les drains fonctionnent bien.

1er juin. La température est revenue à la normale, mais la langue reste sèche. Écoulement de pus abondant par les deux drains.

Le 7. L'état général est bon. La langue n'est pas sèche. La malade mange bien. Apyrexie. L'utérus se mobilise. Il n'y a pas de tuméfaction appréciable dans le cul-de-sac, mais un peu d'empâtement au niveau des incisions. Suppression des drains.

Sortie le 13 juin. L'utérus est mobile, les deux culs-de-sac libres. On sent, au toucher, les deux orifices presque complètement fermés, et, derrière, une légère induration profonde, cicatricielle.

Obs. XXIII. — E..., 45 ans. Entrée le 3 février 1897. Pas autre chose à noter dans les antécédents que des règles, depuis trois ans, plus abondantes et plus fréquentes. Il y a huit jours, la malade est prise brusquement de vomissements verdâtres avec fièvre (39 degrés), sans douleurs de ventre.

État à l'entrée. — État général grave. Température oscille entre 39 et 41 degrés. Frissons. Langue blanche. Subdélire. Pas de distension du ventre. Toucher : à droite, tumeur nettement latérale, très accessible, mais ne déprimant pas cependant le vagin ; dure, non fluctuante, peu douloureuse à la pression ; elle ne se prolonge pas dans le cul-de-sac postérieur. Très perceptible aussi par le palper combiné ; du volume d'une grosse orange. L'utérus paraît dévié à gauche. Rien d'appréciable à un premier examen dans les annexes gauches.

Examen sous chloroforme (6 février). — On se rend compte que la masse gauche, que l'on avait prise pour l'utérus refoulé, est une tumeur arrondie, située au-dessus et à gauche du fond de l'utérus, relativement mobile transversalement ; ces mouvements ne sont pas transmis à l'utérus.

Opération (6 février). — Incision du cul-de-sac latéral droit, transversale, à la limite du cul-de-sac postérieur. Un bistouri boutonné, glissé dans l'ouverture vaginale, ouvre une collection d'où s'échappe un flot de pus fétide.

Le doigt introduit pénètre dans une grande cavité au plafond de laquelle il sent des inégalités qui sont peut-être dans la trompe ou dans l'ovaire. Cette cavité s'étend derrière l'utérus. En portant le doigt de ce côté, M. Monod atteint la tumeur de gauche qu'il peut saisir et sentir, entre le doigt et la main appliquée sur la paroi abdominale. Supposant que cette seconde tuméfaction contient aussi du pus, il essaie de la perforer avec un trocart. Il ne vient d'abord pas de pus ; ce n'est qu'ultérieurement, au moment de l'introduction du drain, qu'un nouveau flot de pus s'écoule, qui doit évidemment venir de la masse gauche, ou du moins, d'une partie de celle-ci. Il est facile, en effet, de se rendre compte, par le toucher combiné, que, après l'écoulement de cette nouvelle quantité de pus, cette masse a diminué de volume, mais ne s'est pas complètement affaissée. M. Monod croit

que, de ce côté, il a ouvert un foyer péri-salpingien sans atteindre le foyer salpingien lui-même.

Suites. — Chute immédiate de la fièvre. Écoulement abondant, fièvre pendant les premiers jours. Le 15 février, expulsion spontanée du drain. Il est réintroduit, L'écoulement est moins fétide et moins abondant. La tumeur gauche persiste, mais moins volumineuse qu'avant l'intervention.

Sortie le 28 mars. L'écoulement a été progressivement en diminuant. Suppression du drain, le 21 mars. La tumeur gauche persiste, un peu douloureuse au toucher. Très bon état général.

Revue le 1er mai. Bien portante, ne souffre plus. A droite, il s'écoule encore quelques gouttes de pus. A gauche, la tuméfaction a considérablement diminué de volume ; elle est petite, flasque, non douloureuse.

Obs. XXIV. — V..., 28 ans. Entrée le 10 juin 1895, malade depuis deux mois, avait été soignée en ville pour une fièvre typhoïde (?), à la suite de laquelle s'est développée une tuméfaction dans le ventre, sur lequel on a appliqué une série de vésicatoires.

État à l'entrée — État général mauvais. Pâleur. Maigreur. Pouls fréquent. Température : 38°,9.

Examen local. — Douleur à la pression dans le bas-ventre, aucune tuméfaction perceptible. Utérus gros, immobilisé. De chaque côté de l'utérus, masse volumineuse, douloureuse à la pression, plus considérable à gauche (grosse orange).

En raison de la bilatéralité des lésions, qui paraissent d'origine salpingienne, on se propose de faire l'hystérectomie vaginale avec ouverture ou ablation des masses péri-utérines. On décide cependant de procéder auparavant à la large ouverture du cul-de-sac postérieur.

Opération (13 juin). — Incision du cul-de-sac de Douglas. Il s'écoule aussitôt un flot de pus, infect, jaunâtre, fécaloïde de couleur et d'odeur, au point que M. Monod se demande s'il n'a pas ouvert le rectum. Un doigt est introduit dans l'anus et s'assure que la cloison recto-vaginale est intacte. Le pus sort d'une vaste cavité rétro-utérine, qui s'étend de chaque côté de l'utérus, et paraît limitée en haut par des adhérences. Les masses senties par le palper avant l'opération paraissent affaissées.

En présence de cette constatation, et surtout de la nature du liquide écoulé, qui permet de croire à une perforation de l'intestin, on renonce

à pousser l'intervention plus loin. On se contente de placer deux gros drains dans la cavité. Lavages antiseptiques.

Suites. — L'état général reste mauvais. Lavages deux fois par jour. L'écoulement continue abondant; il est franchement fécaloïde.

La malade s'affaiblit. Subdélire.

Mort le 22 juin.

Autopsie. — Double salpingite tuberculeuse, ancienne, suppurée Tuberculose péritonéale. Vaste abcès enkysté dans le péritoine, remontant à droite jusque sous le foie, dans lequel s'ouvre une anse d'intestin grêle.

Obs. XXV. — G..., 32 ans. Entrée le 22 avril 1896.

Il y a treize mois, douleurs dans le ventre et rétention d'urine ayant nécessité plusieurs fois le cathétérisme pendant trois mois. Il y a trois mois, la malade est obligée de s'aliter. Pleurésie droite (?) ; douleurs abdominales; péritonite (?). Un médecin appelé porte le diagnostic de fibrome (?). Il y a deux mois, interruption des règles, qui reparaissent le 4 avril, abondantes, sans caillots.

État à l'entrée. — État général mauvais. Fièvre. Col utérin contre la symphyse. Utérus immobilisé. Cul-de-sac postérieur occupé par une masse dure, qui s'étend transversalement dans toute son étendue. Dans le cul-de-sac droit, autre masse de la grosseur d'une tête de fœtus, très perceptible par le palper ; elle remonte, en effet, à mi-chemin de l'ombilic ; semble fluctuante. Dans le cul-de-sac gauche, troisième masse, moins volumineuse, peu dure, rénitente. Les deux masses latérales se rejoignent sur la ligne médiane, ce qui fait que tout le petit bassin paraît rempli.

Opération (23 avril 1896). — Incision du cul-de-sac postérieur. Flot de pus fétide.

Deux gros drains. Lavages.

Suites. — Bonnes les premiers jours.

25 avril. Premier pansement. Il s'écoule encore du pus en abondance. Lavages. Drains enlevés et remis.

5 mai. La température, qui s'était abaissée, remonte. On explore la cavité avec le doigt pour s'assurer qu'il n'y a plus de rétention. On découvre ainsi une nouvelle grosse masse fluctuante qui, par le palper combiné, semble grosse comme une tête de fœtus. Cette nouvelle collection est incisée au bistouri ; il s'est écoulé un nouveau flot de pus dans cette cavité, et lavage.

Il était donc évident que, lors de la première intervention, on n'a ouvert qu'une péri-salpingite suppurée, que cette fois on a atteint le foyer salpingien.

Il était malheureusement trop tard. La température tombe, mais l'infection continue. État général grave, subdélire.

Le 12 mai, la malade est emmenée chez elle, mourante, par sa famille.

REVUE CLINIQUE

HYDRORRHÉE FÉTIDE DANS UN CAS DE PETIT FIBROME CHEZ UNE FEMME AGÉE

Par M. le Dr **Junior Vitrac**.

A propos d'un cas d'épithélioma primitif présenté dans une séance antérieure, il a été parlé de la valeur séméiologique de pertes séreuses fétides et de leur existence possible dans les fibromes utérins. Je suis donc heureux de vous parler d'une malade que M. Lannelongue vient d'opérer dans son service de l'hôpital Saint-André, pour une dégénérescence fibromateuse de l'utérus accompagnée d'hydrorrhée fétide.

C'était une femme de 49 ans, cultivatrice, entrée le 16 février, salle 8, lit 4, pour des hémorrhagies. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires ou personnels. Les premières règles, venues à 15 ans, avaient été dès le début très abondantes, sept à huit jours, sans douleurs, ni caillots, très régulières. Leucorrhée habituelle. Mariée à 23 ans, elle eut deux grossesses normales à 24 et 39 ans ; jusqu'à l'âge de 45 ans, elle fut toujours bien réglée, d'une façon très abondante et à peu près sans douleurs. Mais à cette époque, pendant quatre mois, les menstrues ont cessé : la malade se croyait déjà à la ménopause, quand les règles sont revenues, toujours abondantes et régulières, mais cette fois douloureuses, avec beaucoup de caillots. La leucorrhée augmente en même

(1) Communication faite a la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pædiatrie de Bordeaux, 1897.

temps. Depuis six mois, de nouvelles modifications étaient survenues dans l'état de cette femme : règles considérablement diminuées comme quantité, durant deux, trois jours à peine, accompagnées de l'expulsion de caillots ; les pertes blanches, par contre, étaient devenues extrêmement abondantes et de très mauvaise odeur, véritable flux séreux fétide qui tachait et empesait les linges de la malade.

Il y a un mois enfin, Jeanne D... eut une forte hémorrhagie, puisque pendant onze jours, son médecin lui fit du tamponnement. Cet écoulement de sang était arrêté quand la malade entra dans le service.

État général bon, malade non amaigrie, mais avec un facies très anémié. Pas de troubles de la miction ou de la défécation. A l'examen, ventre souple partout et indolent : par le toucher, on reconnaissait le col repoussé en arrière, non augmenté de volume. Pas d'ectropion, pas de déchirures : l'orifice est très légèrement entr'ouvert, et au niveau de la partie cervicale de la lèvre postérieure le doigt sentait plusieurs petites saillies lenticulaires peu indurées. Corps mobile en antéposition, non augmenté de volume ; rien aux annexes. Au spéculum, on trouva seulement une saillie formée par quelques kystes glandulaires ; pas de traces d'épithélioma cervical. Hystérométrie, 7 1/2.

Le diagnostic porté fut celui de métrite avec petit fibrome probable ayant échappé à l'exploration, réserves faites sur l'existence possible d'un cancer du corps. Cette réserve commandait plutôt une opération radicale, qui fut pratiquée par M. le professeur Lannelongue, 25 février, hystérectomie vaginale ; suites bonnes. Jeanne D... a quitté l'hôpital (21 mars).

Voici l'utérus enlevé : il est peu augmenté de volume ; la muqueuse paraît saine dans toute son étendue. Dans la partie cervicale existent quelques kystes de Naboth ; l'un d'eux, plus volumineux, occupe le milieu de la lèvre postérieure ; en outre, on voit deux petits fibromes en miniature, presque pédiculés. Au niveau du corps sous le péritoine, un fibrome gros comme la pulpe du doigt ; un autre, sous-muqueux, vers le bord gauche de l'utérus. Dans l'épaisseur du corps, quelques noyaux fibreux. C'est donc un utérus en voie de dégénérescence fibreuse et, de plus, atteint de métrite, comme le prouvent les coupes pratiquées, et même la seule constatation macroscopique des nombreux œufs de Naboth de la partie cervicale. Au niveau de

l'une des saillies sous-muqueuses du corps, il existe une altération qui ne porte que sur la seule muqueuse : l'épithélium est en partie desquamé ; il repose sur une couche de cellules embryonnaires très abondantes, pourvue de nombreux vaisseaux. Ces éléments sont aussi très abondants autour des glandes. Celles-ci sont extrêmement dilatées ; quant à leur bordure épithéliale, elle est absolument normale. Au-dessous de la couche glandulaire, très épaissie, le muscle utérin n'est pas modifié. La petite tumeur consiste donc, dans son ensemble, dans une masse de véritable tissu de granulation, au milieu duquel les glandes sont dilatées. Dans ce point particulier, il n'y a donc pas de petit corps fibreux, il n'y a pas davantage d'épithélioma, mais seulement des lésions inflammatoires limitées au voisinage des glandes.

L'hydrorrhée qui accompagne les fibromes, gros ou petits, n'est ordinairement fétide que quand les corps fibreux font obstacle aux sécrétions utérines ou quand ils sont en voie de sphacèle. Mais ici aucune de ces causes ne pourrait être invoquée : l'altération des liquides sécrétés devait être contemporaine de leur production même, au niveau d'une muqueuse infectée.

Quoi qu'il en soit, au reste, de la pathogénie de l'hydrorrhée, lorsqu'elle est fétide elle est bien capable de créer de singulières difficultés pour le diagnostic différentiel entre le cancer du corps et les petits fibromes qui existent chez des femmes qui sont à l'âge de la ménopause.

Une circonstance aide encore à la possibilité d'une erreur, savoir : dans un utérus fibromateux l'évolution d'une métrite, qui crée chez une femme jusqu'alors bien portante, des douleurs, de la dysménorrhée, et même un arrêt assez persistant de la menstruation simulant une véritable ménopause. C'est bien là l'histoire de notre malade : à 45 ans ses règles, et pour la première fois, avaient été supprimées pendant 4 mois, puis à leur réapparition elles étaient devenues irrégulières, moins abondantes et douloureuses, en même temps que débutaient les premières pertes séreuses.

REVUE GÉNÉRALE

I

SUR CENT OPÉRATIONS CÉSARIENNES

(Professeur Léopold et O. Haake) (1)

Par le Dr **R. Labusquière.**

Bien des points de la thérapie des sténoses pelviennes sont encore au débat. En certains cas, par exemple, l'opération césarienne conservatrice ou non, mais d'indication relative, et la symphyséotomie restent rivales, se partageant les préférences des opérateurs. Au Congrès de Moscou, un des maîtres de l'obstétrique et de la gynécologie en Allemagne, Olshausen a formulé son opinion sur la question « *de l'opération césarienne et de ses indications dans les rétrécissements pelviens* » ; au même Congrès, un des rédacteurs en chef de ce journal, M. Varnier a présenté l'étude la plus complète, croyons-nous, qui ait été faite de la symphyséotomie ; après lui, Zweifel a fait sur le même sujet une importante et intéressante communication, etc. (2). Quoi qu'il en soit, et sans vouloir passer en revue les multiples travaux parus sur le même sujet, il n'est pas douteux que les limites des indications de l'une ou de l'autre de ces opérations dans les rétrécissements du bassin ne sont pas encore définitivement arrêtées, si d'ailleurs elles peuvent l'être absolument. Aussi tous les documents de valeur sur la question restent-ils d'actualité. A ce point de vue le dernier travail de Léopold « *Sur cent opérations césariennes* », ne pouvait-il être que d'un grand intérêt, Léopold étant sans doute, parmi les opérateurs passés

(1) Léopold et Haake. Ueber 100 Sectiones cæsareæ. *Arch. f. Gyn.*, Bd. LVI, Hft. 1, p. 1.

(2) *Annales de gyn. et d'obst.*, novembre 1897, p. 377 ; septembre 1897, p. 189 ; octobre, p. 273.

et présents, celui qui a fait le plus souvent cette opération. Ce qui suit est l'analyse détaillée de ce travail.



Le mémoire de Léopold repose sur un total de 100 opérations césariennes, exécutées au cours d'un peu plus de quatorze années. La première de ces opérations fut faite à Leipzig, les autres à la « *königlichen Frauenklinik* » de Dresde. Elles ne sont pas toutes inédites. Déjà, en 1893, Cõrner (1) a publié les 50 premières, l'autre série de 50 leur fait suite.

Ces 100 opérations se subdivisent en : *a*) césariennes *conservatrices*, 71 ; *b*) *mutilatrices* (c'est-à-dire d'après la méthode de Porro), 29.

Les 99 césariennes faites à Dresde correspondent à 22,358 accouchements, ce qui donne le rapport 1/225,8. Ce rapport évalué pour chaque variété d'opération césarienne, devient pour la césarienne conservatrice 1/319,4 ; pour la césarienne mutilatrice, 1/770,9.

Une première remarque. Ainsi qu'il a été noté plus haut, ces 100 opératiens ont été pratiquées dans un délai d'un peu plus de quatorze ans. Or la première série de 50 comprend neuf années, tandis que la seconde série ne comprend que cinq années. Cette plus grande fréquence de l'opération dans les dernières années provient des progrès réalisés au point de vue de l'asepsie, progrès qui ont permis d'élargir de plus en plus le cercle de l'opération césarienne pour indication relative. Toutefois, souligne l'auteur, si l'on arrive ainsi à restreindre de plus en plus la pénible nécessité de la perforation de l'enfant vivant, il est bien entendu que *l'opération césarienne, d'indication* RELATIVE, *ne doit être exécutée que lorsque les conditions du milieu sont compatibles avec la réalisation rigoureuse de l'asepsie*. Or, étant données les exigences qui doivent être remplies dans ce sens, l'opération ne pourra être

(1) CÖRNER. 50 Kaiserschnitte wegen Beckenenge. *Arbeiten aus d. kgl. Fräuenklinik zu Dresden*. Bd. 1, 1893.

faite, à quelques exceptions près, que dans des établissements convenablement àménagés.

*
* *

Indications de l'opération césarienne dans les rétrécissements du bassin. — Comme on le sait, l'indication est : 1) *absolue* et 2) *relative*.

1° *Indication absolue.* — A la Clinique de Dresde l'indication absolue de l'opération césarienne dans les sténoses pelviennes est un conjugué vrai *au-dessous* de 6 centim. Pour Zweifel, un conjugé vrai de 6 centim. constitue déjà cette indication. Mais, comme le font justement remarquer les auteurs, ce repère exclusivement numérique n'a rien d'absolu. Ainsi, l'indication de la césarienne pourra être, cliniquement, plus justement absolue avec un conjugué vrai de 6 cent. 1/2 et un enfant gros qu'avec un conjugué vrai de 5 1/2 et un enfant petit. D'autres facteurs, en effet, que la longueur du conjugué vrai ont leur importance dans la détermination des indications ainsi que l'examen analytique des faits le démontre (tumeurs obstruant la filière génitale, déformations ostéomalaciques, rupture de l'utérus, etc.).

2° *Indication relative.* — Pour l'opération césarienne, à indication relative, il est plus difficile de préciser sa limite supérieure, numérique. Ici, l'opération entre en concurrence, partielle au moins, avec la version suivie de l'extraction immédiate. Or, à la Clinique de Dresde, on a fixé, en raison des bons résultats obtenus, comme limite inférieure pour la version suivie de l'extraction immédiate avec le bénéfice de la position de Walcher, un conjugué vrai de 7 centim. dans les bassins plats rachitiques et de 7 centim. et demi dans les bassins plats rachitiques, généralement rétrécis, en sorte que, dans les sténoses pelviennes, les limites des applications de la césarienne relative n'oscilleraient — si l'on se guidait d'après un repère exclusivement numérique relatif au conjugué vrai — qu'entre 5 centim. et 7 centim. et demi. Mais, ici, comme quand il s'agit de l'indication absolue, la décision du chirurgien ne doit pas dépendre

exclusivement d'une fraction de centimètre, et d'autres circonstances, le volume de l'enfant par exemple, pourront à bon droit influer davantage sur sa décision.

Des 100 opérations annexées à ce travail, 93 furent faites sur des femmes à bassin étroit. D'après leur type et leur forme, ces bassins se subdivisent comme suit :

a) 7 généralement rétrécis.

b) 11 plats, rachitiques.

c) 65 plats, rachitiques, généralement rétrécis.

d) 2 plats, rachitiques, obliquement rétrécis.

e) 4 cyphotiques, généralement rétrécis.

f) 2 généralement, obliquement rétrécis.

g) 1 ostéomalacique.

h) 1 généralement rétréci, pseudo-ostéomalacique.

Ces mêmes bassins, d'après le *degré de la sténose*, se groupent en :

Rétrécissement du vagin	I°	(Conjugué vrai 9,5 à 8,5 inclus)....	0
— —	II°	(Conjugué vrai 8,5 à 7,0 —	39
— —	III°	(Conjugué vrai 7,0 à 6,0 —	35
Rétrécissement absolu....................................			19

Indications de l'opération de Porro. — Les auteurs font d'abord remarquer qu'il est impossible d'établir par avance des règles schématiques auxquelles devrait obéir aveuglément l'opérateur. Il faut, au contraire, s'efforcer d'apprécier les conditions particulières dans lesquelles se présente chaque cas. Cela bien souligné, on fera, en général, l'opération de Porro quand certaines conditions qu'exige l'application de la césarienne conservatrice ne sont pas remplies. Ces conditions générales nécessaires à l'exécution de la césarienne conservatrice sont : 1° *Que la parturiente ait des contractions énergiques.*

2° *Que son organisme n'ait pas été affaibli par une maladie grave.*

3° *Qu'on ait la certitude que la femme ne se présente pas, infectée, à l'opération.*

Il importe en outre qu'il n'existe pas d'élévation de la température ou de l'accélération du pouls marquées. Il est extrêmement désirable que la poche des eaux soit conservée jusqu'au début de l'opération, tout au moins que sa rupture n'ait eu lieu que peu auparavant. Il est capital que la femme ait subi peu d'examens et seulement des examens non suspects. Surtout, on ne saurait assez vivement recommander de s'abstenir de l'opération césarienne conservatrice toutes lès fois qu'il existe une INFECTION GONORRHÉIQUE aiguë ou latente. Cette infection exerce sur les suites de couches une influence si défavorable, qu'il y a devoir impérieux à s'efforcer d'établir si, oui ou non, elle existe. (Examen non seulement des sécrétions uréthro-vaginales mais également du col.) Dans le cas d'examen positif, mieux vaut procéder à l'opération de Porro et même, dans certains cas, à la perforation.

En tenant compte de ces indications générales, l'opération de Porro a été faite : *a*) 4 fois parce que la femme était déjà infectée ; *b*) 9 fois, on se décida à supprimer la faculté à concevoir en raison de rétrécissements pelviens considérables chez des sujets à stature de naine, rétrécissements de nature rachitique ; *c*) dans 2 cas rétrécissements considérables, anémie constitutionnelle grave ; dans 2 autres, lésions cardiaques graves non compensées. (L'existence d'une néphrite constituerait aussi une contre-indication à la césarienne conservatrice, l'affection rénale rendant les femmes plus sujettes aux hémorrhagies secondaires et à l'infection) ; *d*) 5 fois, il fallut renoncer à la césarienne conservatrice et faire le Porro par suite d'atonie utérine ; dans ces cas, ce n'est pas seulement la crainte de l'hémorrhagie qui conduit à l'amputation utéro-ovarique, mais la notion clinique que les femmes qui ont perdu beaucoup de sang sont plus exposées que les autres aux thromboses, aux embolies et surtout aux processus septiques ; *e*) 4 fois, à cause de tumeurs de l'utérus ou de l'ovaire (3 fois cancer avancé de l'utérus, 1 fois sarcome médullaire de la grosseur d'une tête d'adulte, à point de départ ovarien) ; *f*) 1 fois pseudo-ostéomalacie, 1 fois ostéomalacie, 1 fois hernie complète de l'utérus

avec relâchement considérable des parois abdominales, des ligaments ; *g*) 2 fois rupture complète de l'utérus.



Tableau comparatif des primipares et des multipares soumises à l'opération césarienne.

1° *Césarienne conservatrice.*

10-19 ans,	primipares	0,	multipares	0,	en tout	0
20-24	—	15	—	3	—	18
25-29	—	9	—	18	—	27
30-34	—	2	—	14	—	16
35-39	—	0	—	7	—	7
40-49	—	1	—	2	—	3
		27		44		71

2° *Césarienne mutilatrice* (PORRO).

10-19 ans,	primipares	1,	multipares	0,	en tout	1
20-24	—	5	—	1	—	6
25-29	—	4	—	3	—	7
30-34	—	3	—	8	—	11
35-39	—	0	—	3	—	3
40-49	—	0	—	1	—	1
		13		16		29

3° *Tableau d'ensemble.*

10-19 ans,	primipares	1,	multipares	0,	en tout	1
20-24	—	20	—	4	—	24
25-29	—	13	—	21	—	34
30-34	—	5	—	22	—	27
35-39	—	0	—	10	—	10
40-49	—	1	—	3	—	4
		40		60		100

Les auteurs attribuent la proportion plus forte des multipares à l'usage ancien d'attendre le plus longtemps possible, chez les primipares, la marche naturelle de l'accouchement.

Il était intéressant de noter, et les auteurs n'y ont pas manqué, ce qui s'était passé, dans les accouchements antérieurs, chez les multipares soumises à l'opération césarienne pour rétrécissement du bassin, soit 55. Ces 55 multipares avaient eu, avant la césarienne, 108 accouchements, se groupant, au point de vue de leur terminaison, de la façon suivante :

a) Spontanés à terme,	15 ;	enfants vivants,	10 ;	morts,	5
b) Prématurés	—	7 ;	—	2	—	5
c) avortements	—	9 ;	—	—	—	9
d) accouchements ayant nécessité une intervention		77 ;	enfants vivants,	25 ;	morts,	42
		108		37		61

Ces 108 accouchements ne donnèrent donc, en tout, que 37 enfants vivants. Or, il est à remarquer que sur les 25 enfants vivants et venus après les accouchements où il fallut intervenir par une opération (césarienne 14, version et extraction, forceps), 14 furent extraits par l'opération césarienne ; les autres accouchements opératoires, soit 67, ne donnèrent donc que 11 enfants vivants, environ 16,4 p. 100, ce qui correspond à une mortalité fœtale de 83,6 p. 100.

D'autre part, si l'on retranche des 108 accouchements les 14 terminés par la césarienne, il reste un total de 94 accouchements avec 23 enfants vivants dont 3 succombèrent peu après la naissance.

Sur les 100 cas, l'opération césarienne fut pratiquée plusieurs fois chez 13 femmes : 4 fois sur une ; 3 fois sur une autre, 2 fois sur 11. Chez 3 de ces femmes, la 1re opération césarienne avait été faite ailleurs qu'à la « Frauenklinik » de Dresde.

Méthode opératoire et assistants. — Les auteurs ne touchent qu'à quelques points toujours discutés de la méthode opératoire : 1) *Emploi du lien élastique.* — A Dresde on s'en servit comme moyen d'hémostase dans la plupart des cas. A condition de le serrer modérément et de ne pas le laisser longtemps *in situ*, son emploi n'a pas d'inconvénients. Léopold y a surtout recours, parce que dans son service, l'opération est faite devant de

futurs praticiens, et qu'il estime qu'il doit les familiariser avec ce moyen d'hémostase, auxiliaire important dans la pratique où les difficultés de l'intervention sont autrement considérables que dans une maternité bien aménagée (Dans une clinique, la suture de l'utérus est parfaitement faite, l'hémostase est soigneusement assurée par la compression manuelle, etc., etc.).

2) *Fils à suture.* — Les fils de soie ont été en général employés et avec succès. Sauf une fois, sur les dernières 50 césariennes, on n'observa ni production de trajets fistuleux, ni élimination de fils par processus suppurés.

Mode de suture. — *a*) 12 à 15 sutures profondes ; le fil introduit à environ 1 centimètre du bord péritonéal, traverse en arc la musculeuse et ressort au niveau du bord interne de la plaie, *b*) entre ces sutures profondes, 13 à 17 sutures superficielles qui ne saisissent que le péritoine et une couche musculaire.

3) *Précaution contre l'hémorrhagie.* — Une première injection d'ergotine est faite à la femme au début de la narcose, une seconde au moment où elle est mise sur la table d'opération.

4) *Assistants.* — Il ne faut pas se contenter de 2 assistants. Il en faut un pour le chloroforme, une narcose régulière étant un des facteurs du succès ; un expérimenté et bien dressé par l'opérateur ; enfin, un troisième dont l'assistance est indispensable au cas d'asphyxie du nouveau-né.



Résultats.

Mortalité maternelle. — Sur les 100 femmes opérées, il y a eu DIX MORTS, soit 10 p. 100.

1°) 7 morts sur 71 césariennes conservatrices, soit 9,8 p. 100 ; 2°) 3 sur 29 mutilatrices (Porro), soit 10,3 p. 100. (Les auteurs soulignent expressément que dans le service du professeur Léopold, on n'est pas retenu par le souci d'avoir de bonnes statistiques, qu'au contraire on opère dans les cas les plus graves et les plus compromis dès qu'on a la conviction que, seule, la césarienne est capable de sauver les deux existences, mère et enfant, ou seulement l'une d'elles.)

La statistique *brute* de 6,8 p. 100 pour la césarienne conservatrice tomberait, une fois expurgée, à 5,8 p. 100, par la raison que dans 3 cas le décès ne serait pas attribuable à l'opération. (Causes de la mort dans ces cas : a) infection avant l'opération, *b*) œdème pulmonaire dû à la narcose, *c*) au cours d'une tentative de provocation de l'accouchement prématuré, faite 4 semaines avant la césarienne, on avait constaté dans le vagin des sécrétions jaunes, verdâtres, d'où l'abandon de l'accouchement prématuré; d'autre part, les examens des sécrétions faits pendant les suites de couches pathologiques établirent l'existence d'une infection gonococcique.)

De même la statistique *brute* de 10,3 p. 100 pour la césarienne mutilatrice se réduirait à 3,7 p. 100, par l'élimination de 2 décès non imputables à l'opération. (Causes réelles de la mort : a) état cachectique amené par un sarcome médullaire de l'ovaire droit, *b*) femme opérée, quasi-moribonde, lésions cardiaques non compensées; urines albumineuses, cylindres rénaux; anasarque généralisée, etc., etc.)

Avec ces éliminations, la mortalité maternelle totale tombe de 10 p. 100 à 5,2 p. 100.

Mortalité fœtale. —Tous les enfants extraits par la césarienne conservatrice vinrent au mode vivants, soit 71; de ce nombre, 5 moururent avant la sortie des mères, soit 7,4 p. 100, 3 d'entre eux succombèrent à des accidents de catarrhe intestinal; si on ne les fait pas rentrer dans la mortalité fœtale liée à l'opération, cette mortalité s'abaisse à 2,9 p. 100.

Des 29 enfants obtenus avec l'opération de Porro, 4 ne doivent pas être pris en considération pour la détermination du chiffre de la mortalité fœtale. Une femme était en effet déjà accouchée quand on l'opéra; chez 3 autres il fallut faire l'opération alors que le fœtus avait déjà succombé. Restent 25 enfants avec 4 morts, soit 16 p. 100. De ces 4, deux succombèrent pendant le travail. Les 2 autres moururent de catarrhe intestinal.

En récapitulant, 91 césariennes donnèrent 4 enfants morts, décès imputables à l'opération; 2 décès se produisirent au cours

de l'opération soit, 2,1 p. 100. Les 2 décès infantiles qui survinrent avant la sortie des mères correspondent donc à 89 césariennes = 2,2 p. 100.

Suites de couches. — 51 fois, suites de couches absolument apyrétiques (jamais la température ne s'éleva au-dessus de 37,9); 13 fois légères élévations thermiques; 13 fois processus de nature septique.

4 opérées présentèrent des accidents de thrombose ; 5 des attaques de bronchite grave ; de plus, on observa un cas de chacune des affections suivantes : mammite, néphrite, cystite, éclampsie, arthrite gonorrhéique, psychose.

*
* *

En terminant, les auteurs consacrent un court paragraphe à la symphyséotomie et notent l'importance qu'a prise cette intervention à côté de l'opération césarienne dans le traitement des viciations pelviennes. Ils citent les beaux résultats qu'elle a fournis à Morisani, à Zweifel, et rappellent ceux obtenus par le professeur Pinard par la pratique de la symphyséotomie à la maternité Baudelocque jusqu'en 1896 : soit 82 symphyséotomies avec un passif de 9 décès pour les mères et de 9 décès imputables à l'opération pour les enfants. Ils estiment qu'il serait très intéressant de comparer les résultats fournis par la césarienne à ceux que la symphyséotomie a donnés à la maternité Baudelocque.

A ces 82 symphyséotomies pratiquées du 7 décembre 1892 au 7 décembre 1896, viennent s'ajouter les 7 pratiquées à la même maternité du 7 décembre 1896 au 7 décembre 1897 par le professeur Pinard ou par ses élèves et collaborateurs (Varnier, Bouffe, Baudron), avec un décès maternel et 0 décès infantile. Mais c'est là la mortalité brute. Et les chiffres de mortalité brièvement consignés à propos de la symphyséotomie, pourraient être l'objet d'une analyse éliminatrice comme ceux de l'opération césarienne. Ainsi, pour ne prendre que cette dernière série de 7 symphyséotomies, l'unique décès qu'elle renferme con-

cerne une femme qui était dans de très mauvaises conditions déjà lors de son entrée à la clinique : œdème généralisé, pâleur, beaucoup d'albumine dans les urines. Dans une statistique expurgée, que de sérieuses raisons pour ne la point faire figurer! Si donc l'on faisait des parallèles entre les symphyséotomies et la césarienne, il importrait sans doute d'opposer entre elles les statistiques globales et les statistiques expurgées. Il importerait surtout de pouvoir former son jugement sur des observations très complètement et très exactement rapportées.

C'est du reste un *desideratum* exprimé par Léopold et Haake. « Il est extrêmement désirable, écrivent-ils, que des séries plus considérables de sections césariennes et de symphyséotomies des différents opérateurs soient, dès qu'il sera possible, publiées minutieusement sous forme de tableaux synoptiques. Ce serait chose plus satisfaisante encore si, ainsi que cela a été fait pour la clinique de Carl Braun, de Chrobak, et pour celle de Dresde, on publiait également de différentes cliniques, d'une manière tout à fait circonstanciée, des séries considérables d'observations :

1° D'accouchements spontanés dans les bassins étroits ;

2° D'utilisation de la position de Walcher dans les bassins normaux et rétrécis ;

3° D'accouchements artificiels ;

4° De versions suivies de l'extraction immédiate dans les sténoses pelviennes. »

***

Les comptes rendus du fonctionnement de la maternité Baudelocque, publiés chaque année sous la direction du professeur Pinard, nous paraissent réaliser parfaitement pour cette maternité le *desideratum* exprimé par Léopold et Haake.

II

CONSIDÉRATIONS SUR CINQ CAS D'OPÉRATION CÉSARIENNE

(Dr C. Nicodemi) (1)

Ces cinq opérations césariennes ont été exécutées à l'hôpital civil de Massa-Carrara (Toscane), par le Dr C. Orechia, chef de service. Comme on le verra, dans tous ces cas l'indication à la césarienne était absolue.

Obs. I. — B. G..., 23 ans, entre à l'hôpital le 4 janvier 1892. Dernière règles, commencement d'avril 1891; perception des premiers mouvements du fœtus en août. *Examen:* nutrition bonne, système musculaire et adipeux d'un développement médiocre; *taille* 1 m. 30. Traces manifestes de rachitisme, genu valgum bilatéral tel que la femme étant placée dans le décubitus dorsal, les membres inférieurs repliés, les genoux rapprochés et regardant en haut, la distance entre les malléoles internes est de 56 centim. Diamètre des épines I. S., 25 centim.; diamètre des crêtes, 25 centimètres et demi; *conjugué vrai*, 65 millim. Le 14 janvier, toutes précautions antiseptiques étant prises, le champ opératoire étant particulièrement désinfecté et préparé, opération sous le chloroforme, la femme n'ayant eu encore que quelques légères douleurs, début du travail. Ouverture du ventre, suture provisoire du péritoine à la peau, extériorisation de l'utérus, application d'un lien élastique de la grosseur du petit doigt; incision de la paroi antérieure de l'utérus commençant au niveau du fond et suivant la ligne médiane, de 16 à 17 centim.; extraction de l'enfant et du délivre. Suture circulaire du péritoine pariétal au péritoine du moignon au-dessous du lien élastique; fermeture en étages de la portion de l'incision abdominale située au-dessus du moignon; transfixion du moignon par deux fortes aiguilles placées en croix, résection de l'utérus à 1 centim., au-dessus et ablation simultanée des ovaires. Pulvérisation d'iodoforme sur le moignon, et pansement avec de la gaze stérilisée; nettoyage à fond du vagin avec du sublimé et tamponnement

(1) Considerazioni sopra cinque tagli cesarei. Nicodemi. *Annali di Ost. e Ginec.*, mai 1898, n° 5, p. 396.

avec de la gaze iodoformée. Au résumé, *opération de Porro et traitement extra-péritonéal du pédicule.* Résultats : *enfant* vivant du sexe masculin, du poids de 3,400 grammes. Pour la *mère*, suites de couches régulières ; T. *maxima* 37°,3. Chute du lien élastique le douzième jour; pendant un certain temps, fistule utéro-abdominale qui finit par s'oblitérer spontanément. La femme quitte l'hôpital en parfaite santé le 24 mars.

Obs. II. — G. E... 39 ans, entre à l'hôpital le 5 décembre 1895, étant déjà en travail. A marché tard, est mariée depuis 1 an et demi seulement ; dernières règles le 19 février; perception des premiers mouvements du fœtus vers le cinquième mois. *Examen :* pâle, délicate, très épuisée ; *taille* 1 mètre 34, signes évidents de rachitisme. Dents mal plantées, incisives dentelées ; hypertrophie des épiphyses. Scoliose droite avec cyphose dans la région lombaire, genu valgum. Rien de spécial du côté du système ganglionnaire. Organes thoraciques normaux, urine normale. Abdomen très développé tombant un peu en avant, paroi abdominale œdémateuse. Dans le décubitus dorsal, le fond de l'utérus arrive à deux travers de doigt de l'appendice xiphoïde. Dans le quart supérieur droit, les doubles battements fœtaux sont forts et réguliers. Distance maxima entre les deux pôles de l'œuf, 23 centim. *Bassin :* circonférence, 90 centim. ; distance des épines I. A. S. 25 centim., des crêtes 27 ; diam. Baudelocque 16, conj. diag. 8 centim. ; C. V. 6 cent. environ. Les premières douleurs datent de 3 jours; chez elle, on avait fait *plusieurs tentatives d'extraction par les voies naturelles.* Dilatation d'environ 8 centim. ; présentation du sommet, tête au détroit supérieur, nullement engagée. Opération, *césarienne conservatrice quant à l'utérus;* les annexes furent en effet enlevées; emploi du lien élastique; après nettoyage minutieux de la cavité utérine, réunion de la plaie de l'utérus au moyen de deux étages, superficiel et profond, de sutures, à points séparés, ainsi que dans la méthode d'entérorrhaphie de Czerny-Lembert; pas la moindre hémorrhagie au niveau de l'incision utérine, toilette du péritoine, etc. *Résultats :* enfant vivant, du poids de 3.450 grammes. Mère *morte* après des suites de couches fébriles, et au cours desquelles elle présenta des accidents intestinaux, de diarrbée et accusa des douleurs dans le ventre. Le 13 décembre, c'est-à-dire le huitième jour après l'opération, on avait de nouveau ouvert le ventre et constaté de la péritonite avec exsudat fibrineux et production d'adhérences entre l'intestin, le péritoine pariétal et l'utérus. La portion supérieure de l'incision de l'utérus était béante ;

on enleva les fils au-dessous et les bords de la plaie furent fixés à la nouvelle plaie abdominale avec suture séro-séreuse, etc. *Mort* le 21 décembre, 16 jours après l'opération ; *autopsie :* péritonite séro-fibrino-purulente, musculature utérine infiltrée de pus ; rien au cerveau, aux organes intra-thoraciques et aux reins.

Obs. III. — B. G..., 26 ans primipare, entre à l'hôpital le 4 février 1897, elle est vers le milieu du huitième mois de la grossesse ; a commencé à marcher vers 4 ans. Dernières règles le 15 juin ; premiers mouvements fœtaux vers le 15 octobre. *Examen* le 12 mars 1897 : rachitique, taille 1 mètre 30 ; crâne plutôt volumineux. Dents cariées, mal plantées, dents d'Hutchinson. Lésions rachitiques nettes aux membres supérieurs et inférieurs. Dans le décubitus dorsal, le fond de l'utérus arrive près de l'apophyse xiphoïde. Doubles battements fœtaux et souffle utéro-placentaire nets. Distance entre les deux pôles de l'œuf 22 centim. *Bassin :* Circonférence 88 centim. Diam. E. I. A. S. 24 ; des crêtes 25 ; diam. B. 15,50 ; conj. diam. 7,80 ; C. V. 5,80 ; douleurs depuis quelques jours, mais début vrai de l'accouchement la veille. Dilatation complète, procidence du cordon, tête au détroit supérieur, poche des eaux spontanément rompue. Opération le 12 mars, extraction de l'enfant et du délivre, *extirpation de l'utérus et des annexes, traitement extra-péritonéal du pédicule.* Résultats : *enfant vivant* du poids de 3,250 grammes ; *mère*, suites de couches des plus régulières, jamais de fièvre. Le 5 avril on trouve le moignon détaché ; la femme quitte l'hôpital parfaitement rétablie.

Obs. IV. — M. F..., 33 ans, paysanne, entre à l'hôpital le 9 juin 1897. Première menstruation à 13 ans, depuis toujours régulière. Mariée à 18 ans, a eu 7 grossesses toutes menées à terme, sauf la première interrompue vers le quatrième mois. Les trois derniers accouchements durent être terminés par la version qui se montra toujours fatale pour les enfants. Vers la fin de la cinquième grossesse, neuf années environ auparavant, la femme commença à ressentir des douleurs vers les malléoles, douleurs qui, graduellement, s'étendirent à tous les os des membres inférieurs, des membres supérieurs et du bassin. Vers cette époque, se produisit une certaine difficulté de la locomotion par suite de faiblesse et de douleurs dans les membres inférieurs. Les souffrances s'accrurent dans les grossesses ultérieures, se propageant aux côtes et à la colonne vertébrale ; douleurs exaltées par la pression et les mouvements. La femme dit avoir remarqué qu'elle était devenue plus petite. De ses 3 enfants, nés vivants, 1 est mort de la rougeole

à 5 ans, un autre du croup à 11 mois, le troisième peu après sa naissance. Elle a allaité deux de ses enfants et un troisième environ 15 mois. Depuis sa cinquième grossesse, elle mène une vie de souffrances, la plupart du temps au lit ou assise, incapable de faire quoi que ce soit sans être aidée. *A toujours habité des maisons non humides, bien aérées ;* employée, avant sa maladie, aux travaux domestiques et des champs. *Examen :* femme délicate, *taille* 1 m. 28 ; pas d'altérations des dents, pas de déformations des os de la face, ni des membres supérieurs et inférieurs. Douleurs spontanées au niveau des épaules dans les mouvements d'abduction et d'élévation des membres. L'abduction des membres inférieurs est très limitée et très douloureuse. La flexion des cuisses sur le bassin est quasi impossible ; toute tentative dans ce sens provoque des douleurs atroces. Il existe une sensibilité très vive de tous les os à la pression, surtout au niveau du bassin et des malléoles.

Rien d'anormal du côté des organes intra-thoraciques, du tube digestif. Urines normales. — *Bassin :* symphyse en forme de bec ; circonférence 91 centim ; Diam. E. I. A. 21 centim., des crêtes 21, D. B. 17,150, C. D. 9,30, C. V. 7,30. — *Diagnostic :* viciation pelvienne chez une *ostéomalacique*, arrivée vers le septième mois de la grossesse.

Le 22 août, début de l'accouchement. Le 30 août, douleurs assez fortes ; à 3 heures et demie, rupture de la poche des eaux, procidence d'un bras, contractions énergiques. Opération. *Amputation utéro-annexielle et traitement extra-péritonéal.*

Résultats : *enfant* vivant, assez remuant, du poids de 3,200 grammes. Pour la *mère*, suites de couches excellentes. Le pédicule est détaché le 12 septembre, la plaie abdominale est complètement fermée le 30. La femme quitte l'hôpital le 5 décembre 1897. Elle n'y est restée si longtemps que pour y suivre un régime réparateur. Le jour de sa sortie, elle marche sans appui d'aucune sorte, sa démarche est un peu sautillante. Les douleurs spontanées ont cessé, et les mouvements des membres sont moins limités. 2 mars 1898, on revoit la femme et on constate les progrès de l'amélioration.

Obs. V. — O. M..., 32 ans, est admise d'urgence à l'hôpital le 22 octobre 1897. Premières règles à 14 ans, depuis menstruation à peu près régulière. Mariée à 21 ans ; 4 accouchements à terme, se suivant de près. Les trois premiers assez laborieux mais spontanés ; le 4e, arrivé 3 années auparavant, dut être terminé par la crâniotomie sur la tête dernière. A nourri ses enfants environ 15 mois sauf le 3e que des accidents du côté des seins l'empêchèrent d'allaiter aussi

longtemps. Il y a 7 années, elle commença de ressentir, vers le milieu de sa 3e grossesse, des douleurs comme rhumatoïdes dans la cuisse droite, le bassin et un peu partout. Les douleurs n'étaient pas spontanées mais provoquées seulement par les mouvements et la pression des os. Durant la dernière grossesse, les douleurs se sont tellement accentuées que la marche est devenue très difficile. Il y a déjà plusieurs mois qu'elle a besoin d'être aidée pour faire quelques pas. *Alimentation pauvre en albuminoïdes*, composée surtout de céréales et de végétaux. Maison saine. *Examen :* très pâle, amaigrie, épuisée ; développement régulier du squelette ; système musculaire adipeux mal développé, tissus flasques. Système lymphatique normal. Intelligence intacte. Rien de pathologique aux organes thoraciques. Urine normale. Dilatation du col de 8 centimètres, poche des eaux intacte. *Bassin.* Détroit supérieur réduit à une simple fente. Circonférence 88 ; Diam. E. I. A. 25 ; des crêtes, 27 ; D. B. 17 ; C. D. 7 ; C. V. 5. Rétrécissement pelvien, extrême, de nature ostéomalacique ; opération : *amputation utéro-ovarique et traitement extra-péritonéal du pédicule.* Résultats : *enfant* vivant, vigoureux, bien développé ; *mère*, suites de couches normales. Elle quitte l'hôpital complètement guérie le 19 décembre. Depuis quelques jours, elle se lève et marche sans ressentir de douleurs. Le 2 mars, de nouveaux renseignements indiquent qu'elle est en bonne santé et en état de marcher sans douleurs ni difficulté.

*
* *

Comme on a pu s'en rendre compte par la lecture des faits, dans les 5 cas, l'opération césarienne avait une indication absolue. Dans 4 (1, 2, 3 et 5), écrit l'auteur, il s'agissait de femmes en travail ou déjà à une époque avancée de la grossesse, avec un bassin étroit et un conjugué vrai au-dessous de 65 millim. Il ne restait pas d'autre alternative que celle-ci : faire la césarienne ou la perforation du crâne de l'enfant *vivant*, opération à proscrire aujourd'hui. Chez la femme que concerne l'observation 4, le conjugué vrai avait bien 73 millim. Cependant, là encore l'opération césarienne était absolument indiquée par la raison que, seule, cette opération donnait l'espoir de guérir la maladie fondamentale, le ramollissement osseux.

A l'occasion des deux derniers faits qui concernent des femmes

ostéomalaciques, l'auteur s'occupe de l'ostéomalacie, plus particulièrement au point de vue de l'efficacité de la castration sur cette affection. Il rappelle les travaux, nombreux surtout dans ces derniers temps, qu'elle a suscités (Kilian, Litzmann, Henning, Latzko, Trousseau, Virchow, Fehling, Petrone, Curatulo et Tarulli, etc.). Nous n'insisterons pas davantage sur cette partie de son travail, ayant nous-même, dans deux précédentes revues, tracé l'historique de ces contributions. Toutefois nous noterons que chez les 2 ostéomalaciques dont il s'agit, on a pu constater cette fertilité remarquable déjà signalée chez ces malades (7 grossesses chez l'une d'elles, 4 à brefs intervalles chez l'autre). Également, que cette raison banale invoquée autrefois comme moment étiologique, l'insalubrité de l'habitation, n'existait pas ici ; que cependant pour l'une des malades, l'auteur note une alimentation défectueuse, particulièrement pauvre en albuminoïdes. Par contre, on constata à nouveau l'influence prépondérante de la gestation sur le développement de la maladie, de même que l'action médicatrice merveilleuse de l'amputation utéro-ovarique sur le processus morbide. Car, ainsi que le fait justement remarquer l'auteur, ce n'est pas aux conditions hygiéniques meilleures de l'hôpital qu'il faut rapporter l'action curative ; l'une des femmes avant d'être opérée était restée deux mois déjà à l'hôpital et ces conditions hygiéniques étaient restées inefficaces, tandis que l'acte opératoire produisit rapidement son effet accoutumé.

En terminant cette incursion dans la question de l'ostéomalacie, l'auteur exprime sa conviction que la castration bilatérale est également indiquée chez les rachitiques ; car il ne doit pas suffire de soustraire ces femmes à une mort imminente, mais il importe de les mettre définitivement à l'abri de risques aussi graves.

Reprenant ensuite les 5 observations, il constate que dans 4 cas (1, 3, 4, 5) on eut recours à l'amputation utéro-ovarique, avec 4 succès complets, que dans un seul (2) on fit la césarienne conservatrice quant à l'utérus et que, dans ce dernier cas seulement, la femme mourut. A son avis, ce fut une faute de ne pas faire le Porro, surtout dans ce cas. Il s'agissait précisément

d'une femme chez laquelle on avait déjà, hors de l'hôpital, fait plusieurs tentatives de terminaison de l'accouchement par les voies naturelles, et chez laquelle on devait conséquemment admettre ou soupçonner la possibilité d'une infection, infection que la réouverture du ventre le douzième jour et l'autopsie mirent en évidence.

En ce qui concerne la *méthode opératoire* dans l'ensemble, l'auteur se prononce nettement en faveur de l'opération de Porro avec traitement extra-péritonéal du pédicule. L'abandon du pédicule dans le ventre, très recommandable dans les hystérectomies pour fibromes, implique de graves dangers avec la césarienne : *a*) pénétration de germes dans le péritoine par le canal cervical, *b*) nécrose plus ou moins notable des tissus utérins, *c*) nécessité, quand on adopte l'abandon du pédicule, de procéder à une hémostase minutieuse de tous les points saignants, parce que pour la plupart des cas où l'on est appelé à faire cette opération, on n'a que trop de raisons de ne pas tabler sur une asepsie absolue. Nicomedi rejette aussi la proposition d'Olshausen d'abandonner le pédicule avec le lien élastique dans le ventre, procédé passible de ces deux reproches 1) risques de nécrose, 2) tendance fatale à l'élimination de ce lien élastique ; il déconseille également le procédé de Frank, modifié par Frascani, de retournement du pédicule dans le vagin. Enfin, malgré les inconvénients réels associés au traitement extra-péritonéal (convalescence plus incidentée, plus longue, phénomènes de rétraction, au niveau de la portion inférieure de la portion abdominale, etc.), il préfère cette méthode opératoire à l'hystérectomie totale (Fritsch, Bossi, Pinard, Segond, etc.), parce que cette dernière exige plus de temps et comporte plus de difficultés.

Sous le rapport des *résultats*, malgré le décès à déplorer et qu'on eût sans doute évité avec l'opération de Porro, Nicomedi pensa qu'il est permis de les tenir pour très satisfaisants : *sur dix existences, neuf de sauvées !* « Si nous nous trouvions, conclut-il, dans le cas de procéder à l'opération césarienne, et suivant nous qu'il s'agisse de rachitiques et d'ostéomalaciques

avec une sténose pelvienne relative, nous aurions toujours recours à l'opération de Porro avec traitement extra-péritonéal du pédicule, comme étant la méthode opératoire qui offre les plus grandes chances de salut pour la mère et qui, à la plus grand rapidité d'exécution joint l'avantage de la plus minime perte de sang, circonstances non négligeables étant donné qu'il s'agit de femmes de constitution maladive et rendues encore moins résistantes par la fatigue d'un accouchement prolongé. »

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Sur le traitement des suppurations pelviennes.

MONOD. — Voir page 425.

ROUTIER. — La concomitance du pyo-salpinx, de l'ovaro-salpingite et de la pelvi-péritonite partielle, péri-salpingienne, séreuse ou suppurée est connue. Il ne faut jamais, dans ces cas, s'arrêter à l'ouverture rétro-utérine simple ; quand on a évacué le pus ou la sérosité, il faut pratiquer le toucher à travers la boutonnière rétro-utérine, et avec la main gauche placée sur le ventre, faire descendre au besoin les parties annexielles si elles existent, qu'elles soient uni ou bilatérales. On évitera ainsi à coup sûr de laisser dans le ventre des poches annexielles. Dans certains cas, l'ouverture de ces collections purulentes est suivie, le 3e et le 4e jour, de fistules recto-vaginales, dont quelques-unes guérissent seules et après quelques pansements ; les autres réclament une intervention secondaire, l'hystérectomie vaginale.

Quand l'évacuation des collections purulentes par l'incision rétro-utérine n'a pas amené la guérison, l'hystérectomie vaginale est également indiquée. D'ailleurs, il est préférable, pour éviter les accidents de septicémie, d'intervenir en deux temps : 1° incision rétro-utérine et évacuation du pus ; 2° plus tard, hystérectomie vaginale. M. Routier dénie qu'on puisse appeler ce mode d'intervention, méthode de

Laroyenne, laquelle implique l'emploi d'un trocart, ce qui est détestable et peu chirurgical. Quand il y a abcès du cul-de-sac de Douglas ou des annexes, que l'abcès est franchement pelvien, pas de meilleure méthode que l'incision avec le bistouri. Si elle se montre insuffisante, on a la ressource de l'hystérectomie vaginale, moins grave après l'évacuation des poches purulentes.

Quénu. — Quand le cul-de-sac de Douglas bombe dans le vagin, tout le monde est d'accord qu'il faut recourir à l'incision. Quand on a affaire à des collections haut situées, dont le siège tient habituellement à l'accolement adhésif préalable du péritoine au niveau du Douglas, il importe d'inciser sur l'utérus et de suivre la paroi postérieure de l'utérus comme guide. Puis, ouverture successive des poches péri-salpingiennes et ovaro-salpingiennes, établissement d'un large drainage. Mais, contrairement à M. Monod, M. Quénu estime qu'en général ce mode d'intervention ne doit être qu'un procédé d'attente, que le premier acte du traitement chirurgical. A son avis, dans la plupart des cas, *la condition essentielle de la guérison complète et durable d'une salpingite un peu grave, c'est l'ablation du sac.* Les indications de l'incision vaginale doivent être limitées aux cas de suppurations péri-salpingiennes proches du vagin ou aux cas de poches salpingiennes adhérentes au cul-de-sac de Douglas, confondues par conséquent avec les précédentes, chez les malades dont l'état général se prête mal à une opération plus importante et plus radicale.

Ricard. — Contrairement à M. Monod, M. Ricard n'est partisan de l'incision vaginale que dans le cas de vastes collections chaudes, aiguës, bombant dans le vagin. Dans les cas de suppurations chroniques des annexes, surtout celles d'origine gonococcique, les lésions sont souvent bilatérales ; la poche kystique est rarement unique, mais assez souvent complexe, divisée par cloisonnement, siégeant dans la trompe, autour de la trompe, dans l'ovaire, ou bien dans la trompe et l'ovaire. Il y a des parois épaissies, infiltrées, dont les lésions sont si complexes qu'il est bien difficile d'admettre qu'une simple incision par le cul-de-sac puisse être suffisante. A l'appui de sa manière de voir, M. Ricard cite cinq observations personnelles. Dans l'un des cas, où l'incision vaginale avait amené une amélioration notable, il se produisit, quelques jours après, une fistule recto-vaginale et la femme mourut. Dans 3 autres, il fallut, devant le retour des accidents, et après une accalmie plus ou moins longue consécutive à l'incision rétro-utérine, faire l'hystérectomie vaginale. Dans un 5e cas, alors qu'on pouvait supposer la

femme guérie par l'incision vaginale, M. Ricard se vit également forcé, pour parer à de nouveaux accidents, de procéder à la laparotomie suivie de l'extirpation des annexes. L'avantage en réalité de l'incision vaginale, c'est de permettre d'atténuer les symptômes, d'abaisser la fièvre, de remonter l'état général et de rendre les malades plus résistantes pour subir une intervention plus radicale. R. L.

REVUE ANALYTIQUE

BACTÉRIOLOGIE DES MÉTRITES

Contribution à l'étude de la pathologie de la muqueuse utérine (Zur Pathologie der Uterus-Mucosa), par VAN RUSSENHRŒK et MENDES DE LEON. *Archiv für Gynaecologie*, t. XLVII, 3e fascicule, p. 497; Berlin, 1894.

Les auteurs résument eux-mêmes fort bien leur mémoire dans les conclusions suivantes :

Les affections de l'endométrium que les auteurs gynécologistes réunissent presque tous dans les inflammations, doivent être divisées en *endométrite* et *pseudo-endométrite*. La première est caractérisée par la présence de leucocytes qui, d'abord disséminés entre les éléments histologiques normaux, arrivent ensuite à chasser et à détruire ceux-ci. Le résultat final est un tissu conjonctif fibrillaire à petites cellules sans glandes ou épithélium de revêtement.

La pseudo-endométrite est caractérisée histologiquement par des altérations vasculaires qui d'une part peuvent amener l'hypertrophie du stroma et des glandes, de l'autre l'atrophie et la fonte des éléments normaux. Aussi bien la vraie que la pseudo-endométrite est habituellement limitée à certains points ; les parties malades et saines alternent sous le champ du microscope.

L'endométrite vraie se traduit cliniquement, à un certain stade tout au moins, par un écoulement purulent. La pseudo-endométrite se traduit cliniquement par un écoulement sanguin (ménorrhagie ou métrorrhagie), parfois aussi par des sécrétions muqueuses abondantes. Les deux affections peuvent, de plus, donner lieu à des symptômes indirects dans des organes voisins ou éloignés.

La vraie endométrite du corps utérin (catarrhe du corps) est beaucoup

plus commune qu'on ne l'a admis jusqu'ici d'une façon habituelle ; elle est bien plus fréquente que le catarrhe du col ; ce dernier isolé est assez rare.

L'examen histologique permet seul le diagnostic différentiel du catarrhe isolé du col et du catarrhe simultané du corps et du col. La clinique permet cependant des présomptions si on tient compte des données suivantes :

1o Un écoulement fluide purulent indique un catarrhe de la muqueuse du corps.

2o Le catarrhe du col isolé est rare chez les multipares.

3o Des symptômes secondaires prenant le premier plan du tableau clinique permettent de conclure à une altération de la muqueuse corporelle.

4o Chez les vierges le catarrhe cervical est rare, mais la combinaison de catarrhe du col et du corps est encore plus rare ; sur 25 cas de ce genre (vierges) examinés par les cultures il n'y en a pas un seul exemple. La vraie endométrite est plus rare chez les vierges que la pseudo-endométrite, mais elle n'est pas aussi rare que Doléris, entre autres, l'affirme. Parfois elle est en relation avec des maladies infectieuses antérieures.

La vraie endométrite et la pseudo-endométrite peuvent exister simultanément ; cette coexistence est très commune dans la subinvolution utérine post-partum et post-abortum, où les deux conditions de troubles circulatoires et d'infection se trouvent réunies.

Les indications thérapeutiques sont données par l'intensité des symptômes.

Des degrés avancés d'endométrite vraie aussi bien que de pseudo-endométrite exigent l'ablation de la muqueuse malade par le curettage.

Un traitement post-opératoire énergique est de la plus haute importance ; quand on le néglige on doit s'attendre à une prompte récidive.

Un traitement ne s'adressant qu'à la muqueuse du col ne conduira qu'exceptionnellement à un résultat. Du Bouchet.

Étude des productions bénignes de l'endomètre (Ueber die gutartigen Veränderungen des Endometrium), par A. Pinkuss. *Zeitschr. f. Geburtschülfe u. Gynäkologie*, t. XXXIII, p. 221, Stuttgart, 1895.

Le travail de Pinkuss repose sur l'examen de 115 débris utérins ramenés par la curette, dans une série d'endométrites (les métrites post-abortives étant laissées de côté).

Anatomie pathologique. — Les fragments, durcis par l'alcool et inclus dans la celluloïdine, ont été colorés par l'hématoxyline alunée de Ziegler, décolorés avec une solution d'acide acétique à 1 p. 100, neutralisée ensuite avec une solution de soude à 5 p. 100. Les préparations, lavées à l'eau, ont été déshydratées par l'alcool absolu, éclaircies avec du xylol ou de l'huile d'Origan, puis montées dans le baume.

Ces 115 cas peuvent être divisés en deux grandes classes :

I. — Hyperplasies glandulaires, les unes pures, les autres avec quelques amas interstitiels de cellules rondes.

α) *Hyperplasies glandulaires pures.* — Pour être exact on devrait dire hypertrophies et hyperplasies glandulaires. Cette forme répond à la pseudo-endométrite de Doléris, à l'adénome bénin de Landau et Abel, etc. Pinkuss l'a notée 24 fois. Il a pu constater toutes les modifications décrites par Ruge : Les glandes sont hyperplasiées et hypertrophiées, depuis la simple dilatation avec augmentation de volume, jusqu'aux glandes sinueuses enroulées en tire-bouchon, se présentant avec l'aspect de dents de scie à la coupe. Dans certains cas, où il ne pouvait être question d'altérations malignes, Pinkuss a même trouvé des évaginations et des invaginations, comparables à celles décrites par Ruge dans l'adénome malin.

L'épithélium glandulaire proliféré donne çà et là l'apparence d'une augmentation du nombre des couches. Dans la cavité glandulaire se trouvent des amas de mucus coagulé. Dans certains cas, la lumière des glandes est dilatée en forme de kyste.

Le stroma est souvent imbibé de sang, qui le plus ordinairement est uniformément infiltré et tout à fait exceptionnellement collecté en foyers limités. Les cellules endothéliales des capillaires et des petites artérioles sont presque constamment gonflées au point que les artérioles subissent une véritable diminution de leur lumière, peut-être aussi attribuable à une compression par le tissu ambiant. Deux fois Pinkuss a vu une dégénérescence hyaline des faisceaux conjonctifs des parois artérielles, les parties voisines du vaisseau étant de même altérées et formant une tache pâle, vitreuse.

β) *Hyperplasies glandulaires avec infiltration inflammatoire interstitielle.* — 17 cas présentaient les mêmes altérations glandulaires, mais, en même temps, une infiltration interstitielle sous forme de cellules rondes. Dans les cas où cette lésion est le moins marquée, les petites cellules rondes se voient au voisinage des glandes ; dans les autres, il existe des foyers d'infiltration aiguë au niveau du stroma. Les altéra-

tions vasculaires, décrites dans la première forme, se rencontrent ici mais bien plus intenses.

En somme, il s'agit d'une inflammation glandulaire, à laquelle s'est surajoutée une inflammation interstitielle.

II. — Inflammations interstitielles. — Dans 72 cas, il s'agissait d'inflammations interstitielles.

α) *Inflammations interstitielles au premier stade.* — On voit encore plus ou moins de glandes, et même çà et là un peu d'hyperplasie glandulaire, mais ce qui caractérise cette forme, c'est l'augmentation notable des cellules du stroma, rondes ou fusiformes. Les glandes, séparées par de larges interstices, sont comprimées, ratatinées, comme étouffées. L'épaississement des parois vasculaires, la dégénérescence hyaline de leur paroi, la diminution de leur calibre sont encore plus marqués que dans les cas précédents. Quelquefois il y a çà et là quelques foyers d'infiltration aiguë, caractérisés par de petits amas de cellules rondes, indiquant soit un reste de l'état aigu ancien, soit une poussée inflammatoire nouvelle.

β) *Inflammation interstitielle à un stade avancé.* — C'est le résultat de l'évolution finale des formes précédentes. On voit encore par places quelques glandes isolées, mais en bien des points il n'y a plus que le stroma. Dans ce stroma on trouve quelquefois des dispositions cellulaires concentriques qui indiquent l'existence antérieure d'une glande. Les cellules du stroma ont pénétré entre les éléments glandulaires, les ont étouffés et ont rempli la lumière de la glande. La muqueuse est finalement à peu près remplacée par du tissu conjonctif.

Quelquefois, par suite d'une nouvelle infection ou de l'exacerbation d'une inflammation ancienne, il s'ajoute de petits foyers d'infiltration embryonnaire qui semblent surtout fréquents au niveau des vaisseaux encore conservés.

Pinkuss a eu l'occasion d'étudier chez des malades les débris fournis par deux curettages successifs. Chez une première malade, deux curettages faits à 3 mois de distance montrèrent les mêmes lésions d'hypertrophie glandulaire avec inflammation interstitielle. Chez la deuxième il trouva de même, à 4 mois de distance, les mêmes lésions d'atrophie presque complète de l'élément glandulaire avec endométrite interstitielle. Chez la troisième, les débris du premier curettage répondaient au type de l'endométrite interstitielle avec glandes persistantes; ceux du deuxième 5 mois plus tard ne montraient que de l'hyperplasie glandulaire.

Plusieurs fois les examens ont montré l'existence de figures rappe-

lant des protozoaires ; pour Pinkuss, il s'agit là probablement de gros lymphocytes multinucléés ou de cellules épithéliales dégénérées.

Dans les 50 premiers examens qu'il a faits, Pinkuss a recherché la présence des micro-organismes ; deux fois seulement il a trouvé par la méthode de Gram-Weigert des microcoques et des bâtonnets qui étaient superficiellement situés et jamais intra-cellulaires.

Étiologie. — La *forme glandulaire* avait pour cause des irritations indirectes ; tout se ramènerait à des troubles circulatoires. Elle dépendrait de l'hystéro-nervosisme assez souvent ; la masturbation pourrait la causer, de même aussi l'impotence virile ou les coïts interrompus, toutes causes qui déterminent une irritation sexuelle intense et un état congestif de l'endomètre. Avec Brennecke et Czempin, Pinkuss admet l'endométrite oophorogène ; l'ovaire ayant certainement une influence sur la vascularisation de l'endomètre, comme le démontre nettement ce fait que des tumeurs de l'ovaire sont cause d'hémorrhagies au moment de la ménopause.

Les déviations de l'utérus, fréquentes chez les chlorotiques, l'atrophie de l'utérus, l'utérus infantile s'accompagnent presque toujours de dysménorrhée, l'utérus n'étant plus à la hauteur de l'ovaire qui est généralement normal ou augmenté.

La *forme interstitielle* est, au contraire, causée par une infection qui souvent du reste se fait sur une muqueuse prédisposée par le fait d'hyperplasie glandulaire antérieure.

Pinkuss ne donne aucune observation convaincante de ses théories sur l'étiologie des métrites.

Simptomatologie. — La *forme glandulaire* se manifeste par la dysménorrhée vraie avec pertes blanches épaisses ou par la dysménorrhée avec hémorrhagies prolongées et peu intenses.

La *forme interstitielle* se caractérise par un écoulement purulent, par un écoulement purulent et hémorrhagique, par des hémorrhagies abondantes atypiques (ces dernières indiquant un degré très avancé de la maladie, avec disparition des glandes). Dans toutes les formes interstitielles la douleur peut apparaître dans le tableau symptomatique, mais elle n'a rien de dysménorrhéique, elle est liée à l'inflammation du péritoine pelvien. H. H.

Bactériologie du col utérin, par Thiébaut. *Annales de l'Institut Sainte-Anne*, t. I, p. 133, Bruxelles, 1895.

Sur 28 cas, 13 fois les cultures sont restées stériles, soit 46,4 p. 100. Dans 15 cas on a trouvé des espèces microbiennes.

a) *Sarcina alba*	1 fois sur 15 cas		6,6 p. 100
b) — *rosea*	1 —	—	6,6 —
c) — *lutea*	1 —	—	6,6 —
d) *Micrococcus lacteus faviformus*	4 —	—	26,6 —
e) — *subflavus*	4 —	—	26,6 —
f) — *albicans tardissimus*	2 —	—	13,3 —
g) *Bacillus fluorescens liquefaciens*	1 —	—	6,6 —
h) *Micrococcus pyogenes albus*	6 —	—	40 —
i) — *aureus*	1 —	—	6,6 —
j) *Bacterium coli commune*	2 —	—	13,3 —

Le *micrococcus pyogenes albus* a été rencontré dans 3 cas de rétention placentaire, dont 1 avec infection, dans 2 endométrites et 1 fois chez une femme atteinte d'un pyosalpinx gauche et d'annexite droite. Dans ce dernier cas, il existait en même temps que le *micrococcus pyogenes aureus*.

Le *bacterium coli* a été décelé dans 2 cas d'endométrite ; dans l'un il était associé au *micrococcus pyogenes albus*. H. H.

Bactériologie du col (Der Bakteriengehalt der Cervix), par GOEBEL. *Centralblatt f. Gyn.*, p. 84. Leipzig, 1896.

En présence des résultats contradictoires de Walthard, Menge, Stroganof, qui ont déclaré qu'il n'existait pas de bactérie dans le mucus normal du col, et de Winter qui dit le contraire, Goebel a fait des recherches qui ont porté sur 30 femmes enceintes. Les résultats qu'il a obtenus confirment la première opinion. Les inoculations ont été faites sur gélatine. 29 fois le résultat a été négatif, une seule fois le résultat a été positif et du staphylocoque a poussé. Dans ce cas il existait une déchirure étendue du col. H. H.

De la fréquence des gonocoques et autres bactéries dans l'écoulement du col chez les prostituées déclarées saines, par W. KOPYTOWSKI. *Kron. Lekarska,* 1895, nº 3.

A l'hôpital Saint-Lazare, à Varsovie, on a examiné 163 prostituées que la police des mœurs avait déclarées saines. La muqueuse des parties génitales ne présentait aucune lésion appréciable et la pression de l'urèthre ne faisait pas sourdre de pus. Aussi ont-elles obtenu leur certificat de sortie. Mais en examinant au microscope l'écoulement du col de ces prostituées, Kopytowski trouva dans 15 cas, soit 8 p. 100, des gonocoques en plus ou moins grand nombre ; dans 68 cas, soit 41 p. 100, il y avait d'autres bactéries indéterminées.

(D'après la *Revue de chirurgie polonaise.*)

De la muqueuse utérine. Ses altérations, par Godart. *Annales de l'Institut Saint-Anne*, t. I, p. 50; Bruxelles, 1895.

Sur un utérus enlevé *pendant les règles*, les vaisseaux de la muqueuse étaient gorgés de globules rouges; le fond des glandes était rempli de leucocytes, l'épithélium n'étant pas sensiblement altéré, sauf vers l'embouchure de la glande où les cellules cylindriques étaient desquamées ; une glande avait perdu sa paroi d'un côté et la lumière était remplie de globules rouges. C'est là un fait isolé et l'exsudation sanguine semble possible sans desquamation de la muqueuse.

Dans *l'endométrite hémorrhagique*, la muqueuse est à grosses franges saignantes dépourvues souvent d'épithélium, les orifices des glandes sont mis à nu, le stroma est en voie de prolifération active, les vaisseaux sont fortement dilatés dans les couches les plus superficielles.

Dans l'*endométrite hypertrophique*, on trouve des cavités kystiques et des canaux glandulaires très élargis. Ces cavités sont en communication avec des culs-de-sac nombreux, chaque glande s'étant ramifiée sous les poussées inflammatoires. Tous les replis, kystes et anfractuosités, sont tapissés d'une couche épithéliale unique aplatie lorsque la pression due à la rétention glandulaire a été suffisamment élevée. Les cellules du stroma sont très abondantes, et dans le voisinage des glandes, surtout dans les parties superficielles, on trouve parfois des amas de cellules géantes. H. H.

Micro-organismes intéressants en obstétrique et en gynécologie (On certain micro-organisms of obstetrical and gynæcological interest), par Drummond Robinson. *Transactions of the obstetrical Society of London*, 1895, t. XXXVII, p. 263.

L'auteur admet que dans les cas mortels de septicémie puerpérale, le *streptococcus pyogenes* se trouve constamment dans le sang et les tissus.

Normalement après le travail, la cavité utérine ne contient pas de microbes; mais, dans les cas de septicémie puerpérale, des micro-organismes divers se trouvent dans la cavité utérine et dans l'épaisseur de la muqueuse. Le *streptococcus pyogenes* semble seul capable de passer à travers la paroi utérine dans les veines et les lymphatiques, devenant ainsi une cause d'infection générale. En pareil cas, le streptococcus pyogenes peut causer la mort sans lésion locale ; ces septicémies pures sont rares, l'auteur en relate 3 cas.

Beaucoup plus fréquemment le streptocoque détermine des lésions suppuratives dans divers tissus.

Quelquefois il produit des fausses membranes, soit dans le péritoine, soit dans le canal génital; l'auteur en relate 2 observations.

Enfin dans les phlegmatia suivies de mort on trouve dans les caillots des veines utérines et des ligaments larges, plus rarement dans les veines iliaques, des streptocoques qui peuvent même infiltrer la paroi de la veine.

L'auteur étudie ensuite le rôle du *bacillus coli communis*. Il relate l'histoire d'une femme enceinte de 4 mois qui présenta des accidents d'obstruction intestinale par suite de l'enclavement de l'utérus gravide rétroversé. L'avortement eut lieu 4 jours après le redressement de l'utérus et fut suivi de fièvre et de diarrhée qui continuèrent jusqu'à la mort de la malade, 5 jours plus tard. Pendant la vie on constata dans l'écoulement utérin du *bacillus coli communis* à l'état pur ; on le retrouva après la mort dans la cavité utérine, le péritoine et les caillots cardiaques.

Le travail se termine par une étude du *gonococcus* qu'on peut trouver dans le pus de vulvites, d'uréthrites, de vaginites, de cervicites, de salpingites et de péritonites. H. H.

Sur la présence de protozoaires dans l'endométrite glandulaire (Ueber der Vorhandensein von Protozoën bei der Endometritis chronica glandularis), par Rullio Rossi Doria. *Arch. f. Gyn.*, t. XLVII, fasc. 1, p. 1.

Au cours de recherches sur l'anatomie pathologique des métrites, l'auteur a rencontré 3 fois dans les cavités glandulaires de la muqueuse utérine des figures histologiques qu'il interprète comme étant des protozoaires, s'appuyant surtout sur ce fait que dans un cas, une préparation par dissociation du tissu frais lui a permis d'observer des mouvements spontanés de ces corps.

Une planche accompagne ce travail. Du Bouchet.

Étiologie de l'endométrite (Zur Aetiologie der Endometritis), par E. Bumm. *Verhandl. der deutsch. Gesellsch. für Gynäk.* Leipzig, 1896, p. 186.

Pour éviter les causes d'erreurs dans la recherche des microbes utérins, il faut ouvrir au thermocautère un utérus enlevé ; malheureusement, on n'a pas beaucoup de pièces et l'on est obligé de recueillir les sécrétions par les voies naturelles, ce qui expose à des causes d'erreur. Bumm abaisse le col et souvent le fend jusqu'à la voûte vaginale de manière à prendre presque directement les sécrétions dans le corps.

Sur 29 endométrites du corps il n'a pu trouver de microbes, ni sur lamelles, ni sur culture (16 endométrites hyperplasiques glandulaires, 10 endométrites fongueuses, 3 endométrites catarrhales). La sécrétion utérine était fluide, séreuse, séro-sanguinolente ou séro-purulente. Elle contenait des cellules épithéliales et des globules rouges mêlés à plus ou moins de globules de pus.

Dans 9 cas il n'y avait pas de microbes dans un deuxième examen fait après curettage ; dans l'endométrite catarrhale qui résiste à tous les traitements on fit, pendant 2 ans, 9 examens sans jamais trouver de microbes. Il y a donc des cas d'endométrite hyperplasique et de catarrhale indépendantes de toute infection microbienne.

7 cas d'endométrite hyperplasique, 6 catarrhales, 2 accompagnant un fibrome contenaient des microbes. Ce sont des microcoques bien connus et des formes de bâtonnets déjà vus par divers auteurs mais mal connus et innominés. Bien que Bumm n'ait pas fait d'inoculations, il tend à considérer les microbes trouvés non comme la cause mais comme accompagnant simplement l'endométrite. De cela il y a plusieurs raisons : 1° on trouve des formes de métrites identiques sans micro-organismes ; 2° différentes formes de microbes se rencontrent avec la même lésion anatomo-pathologique ; 3° les formes microbiennes varient dans un seul et même cas suivant l'époque ; 4° le nombre faible des microbes qu'on ne trouve que dans les sécrétions et à la surface de la muqueuse, jamais dans les tissus ; 5° la présence de microbes dans la cavité utérine sans endométrite, ces microbes pouvant exister au cours d'une dilatation et disparaître dès que l'irritation de la laminaire a cessé. Ce sont des inoculations expérimentales avec un résultat négatif ; 6° les sécrétions ne sont pas infectieuses. Le mari d'une femme ayant de fortes pertes blanches n'a pas d'uréthrite en dehors de la blennorrhagie.

Si les microbes ne sont qu'un accident accompagnant l'endométrite, on peut se demander s'ils ne l'entretiennent pas. Les cas d'endométrite avec microbes devraient donc être moins facilement curables et avoir une sécrétion plus abondante et plus purulente, toutes choses que ne confirme pas l'observation. Cependant les microbes sont plus fréquents quand la sécrétion est purulente, et réciproquement les globules de pus sont plus nombreux quand il y a des microbes.

L'introduction de microbes pyogènes dans le vagin d'une femme atteinte d'endométrite chronique donnerait des poussées subaiguës d'après les expériences de Krönig et Menge. Il y aurait là de véritables

endométrites septiques subaiguës qui n'ont rien de commun avec l'endométrite chronique vraie et ne sont qu'un épiphénomène.

La présence de microbes dans le col n'a pas plus de signification que dans le corps. Chez certaines scrofuleuses ou chlorotiques multipares on trouve un petit col conique avec bouchon visqueux, transparent, complètement exempt de germes; même dans des cas de sécrétion muco-purulente, le nombre des microbes est remarquablement petit, on trouve des bâtonnets, des microcoques parmi lesquels le staphylococcus albus et cereus. Ces microbes ne pénètrent pas dans les tissus.

Quand la sécrétion est purulente, fluide, les microcoques prédominent; on y trouve surtout le staphylocoque blanc et doré et le streptocoque. Dans un cas où le streptocoque en longues chaînettes était très abondant, il y avait une large surface érodée et il y avait eu une fausse couche 6 mois auparavant. Les coupes du tissu ne montrent le streptocoque que dans la sécrétion fixée. Les streptocoques ne disparurent que quand l'ulcération commença à s'épidermiser et que la sécrétion devint muqueuse.

Les processus septiques subaigus sont plus fréquents au niveau du col qu'au niveau du corps.

Dans certaines érosions négligées recouvertes d'un enduit grisâtre on trouve sur des coupes un tissu nécrosé infiltré de bâtonnets et de colonies de microcoques, comme on le voit dans l'endométrite septique. Enduit et microbes disparaissent même avant que l'érosion ne soit guérie.

Souvent on trouve des lésions qui sont presque toujours accompagnées d'un bacille, semblable au bacille du vagin de Döderlein qui pousse aérobiquement et anaérobiquement.

De ses recherches, Bumm conclut que les microbes qui ont déterminé l'infection première, cause de l'endométrite, disparaissent dans la suite ou tout au moins ne jouent plus qu'un rôle secondaire dans l'endométrite vulgaire, parvenue à l'état chronique. H. H.

Les bactéries du canal génital de la femme et leur rôle dans le développement des endométrites (Ueber die im weiblichen Genitalcanale vorkommenden Bakterien in ihrer Beziehung zur Endometritis), par Sigmund Gottschalk et Robert Immerwahr. *Archiv f. Gynækologie*, t. L, p. 406. Berlin, 1896.

Les auteurs admettent que normalement le vagin est habité par de

nombreux microbes ; ceux-ci y pénètrent dès le premier bain donné à l'enfant. Il en est tout autrement pour l'utérus. Celui-ci, jusqu'à l'établissement de la menstruation, peut être considéré comme fermé à l'introduction de tout germe, ne fût-ce que par le bouchon muqueux du col. Au moment des règles, ce bouchon est expulsé ; de plus, le sang constitue un milieu excellent pour le développement des micro-organismes du vagin. Aussi peut-on, après la puberté, trouver des microbes dans la cavité cervicale, sans que cependant on soit en droit d'admettre un état pathologique. Au contraire, la cavité utérine peut être considérée comme normalement exempte de microbes. Il est probable que l'occlusion mécanique de l'orifice interne et le mouvement descendant des cils vibratiles sont les principaux facteurs de cette absence. Ajoutons cependant que des microbes pathogènes peuvent séjourner dans la cavité utérine sans accident pathologique. Un autre point ressortant des recherches des auteurs, c'est qu'actuellement on ne peut cliniquement distinguer les diverses variétés de métrite.

Les recherches de Gottschalk et d'Immerwahr ont porté sur 60 cas d'endométrites du corps, n'ayant encore subi aucun traitement. Dans tous les cas on a fait trois ordres de recherches, portant sur le fond du vagin, sur la cavité cervicale, sur le fond de l'utérus.

1° Après avoir lavé au sublimé la vulve et le périnée, on introduisait, entre les lèvres largement écartées, un petit spéculum de verre stérilisé et avec une spatule de platine on prélevait un échantillon de la sécrétion du cul-de sac postérieur non en rapport direct avec le spéculum.

2° Pour l'examen du contenu de la cavité cervicale on lavait le col avec une solution de sublimé, puis le fixant avec une pince tire-balle, on enlevait avec de l'ouate stérilisée le bouchon muqueux et on prélevait la sécrétion le plus haut possible dans le col.

3° Pour la cavité utérine, on commençait par frotter la cavité cervicale avec de l'ouate enroulée autour de la sonde de Playfair, on frictionnait la face interne du col avec un tampon de sublimé, on l'abstergeait avec de l'ouate stérilisée, puis après avoir dilaté l'orifice interne avec deux bougies qu'on ne faisait qu'engager dans l'orifice et qu'on maintenait en place pendant quelques minutes, on franchissait l'isthme avec un fil de platine et l'on recueillait un peu de sécrétion du fond de l'utérus.

Dans tous les cas on faisait plusieurs lamelles de la sécrétion recueillie et l'on pratiquait, dans des boîtes de Pétri, des ensemencements sur gélose et sur gélatine.

A. — Cas négatifs. — 21 fois sur 60, soit dans 34,5 p. 100, la sécrétion du corps de l'utérus a été trouvée exempte de microbes. Il s'agissait la plupart du temps de métrite fongueuse; plusieurs fois cependant on avait affaire à une métrite catarrhale, et une fois même à une métrite purulente.

Les examens ayant été répétés une série de fois au cours du traitement, les sécrétions sont restées stériles 14 fois pendant plusieurs mois; 7 fois des micro-organismes sont apparus au cours du traitement. Le plus souvent il s'agissait de diplocoques, quelquefois de petits bacilles courts et trapus.

Chez une femme de 46 ans, nullipare, souffrant depuis longtemps de pertes blanches et d'hémorrhagies, présentant une sécrétion cervicale vitreuse. alcaline, et une sécrétion vaginale acide, il n'y avait, le 30 novembre 1894, aucun germe dans les sécrétions du col et du corps. Six jours plus tard, après un badigeonnage iodé de la cavité utérine, on trouva dans la cavité cervicale des diplocoques blancs et dorés, la cavité utérine restant toujours stérile. Le 28 décembre, après un quatrième badigeonnage iodé, on trouva des diplocoques dans la cavité utérine. Le 2 janvier 1894, les hémorrhagies continuant, on fit un curettage. L'ensemencement des débris ramenés par la curette donna des colonies grises, transparentes de diplocoques. Le 24 janvier, à côté de diplocoques on trouva des staphylocoques pyogènes aureus et albus.

Ce cas montre comment un traitement intra-utérin prolongé expose aux inoculations intra-utérines.

L'exposé de ces 21 cas conduit à la conclusion posée par Döderlein et par Bumm, à savoir que certaines formes de métrites, aussi bien chroniques, hyperplasiques que chroniques catarrhales, peuvent exister sans microbes et ne sont pas nécessairement infectieuses. En est-il de même pour la métrite purulente? Gottschalk n'ose l'affirmer, n'ayant en mains qu'un seul examen négatif.

B. — Cas positifs. — Les 39 cas, où le contenu de la cavité utérine a cultivé, peuvent être divisés en deux grandes catégories : 1° Ceux où l'on a trouvé des microbes pyogènes, tels que le sont les staphylocoques; 2° ceux où l'on a constaté des microbes variés, non pathogènes, diplocoques, petits bâtonnets, moisissures, sarcines, etc., tels qu'on les rencontre sur le périnée, dans les poils de la vulve, à l'entrée du vagin.

Jamais on n'a trouvé de streptocoques.

I. — *Staphylocoques pyogènes.* — α) 7 *fois*, soit dans 11 p. 100 des cas, *le staphylocoque pyogène a été trouvé dès le premier examen.*

Deux fois il s'agissait de femmes se plaignant de pertes purulentes parfois teintées de sang et sentant mauvais. Dans les deux cas, lorsque les malades furent guéries, il n'y avait plus de staphylocoques. A ces deux cas, Gottschalk en joint un troisième tiré de sa pratique privée (jeune mariée sans gonocoques qui eut au bout de huit jours une salpingite droite).

Dans deux cas, les femmes avaient des pertes blanches et des troubles de la menstruation, caractérisés par de la tendance aux hémorrhagies. Chez la première, qui avait fait une fausse couche de huit mois, souffrait de cuissons pendant la miction, de douleurs abdominales et avait un écoulement purulent, verdâtre, sans odeur, on ne trouva que du staphylocoque pyogène, blanc et doré. Chez la deuxième, mariée depuis quatre mois, on trouva du staphylocoque doré ; au bout de quatre semaines de traitement, les staphylocoques avaient disparu, mais on trouvait des colonies de gros diplocoques et quelques bacilles courts, assez épais.

Dans le cinquième cas, la femme, âgée de 23 ans, avait eu deux grossesses normales, la dernière six mois avant son arrivée à la clinique. Les suites de couches avaient été apyrétiques, mais depuis la délivrance, elle avait souffert de pertes blanches et de cuisson pendant la miction. Le 28 novembre 1893, les cultures montrèrent de nombreuses colonies de staphylocoques blancs mais très petits et quelques colonies grises de diplocoques. Le 16 décembre, il n'y avait plus que deux colonies de staphylocoques ; le 30 décembre, les milieux ensemencés restèrent stériles ; le 6 janvier, tout écoulement avait disparu et les milieux restaient stériles. La malade devint presque immédiatement enceinte et mena sa grossesse normalement à terme.

Enfin dans les deux derniers cas de métrite du corps à staphylocoques, l'affection remontait à des suites de couches fébriles, datant pour l'une de deux ans, pour l'autre de six mois. Ces femmes avaient constamment souffert de douleurs et de pertes blanches depuis leur accouchement.

β) 4 *fois* le staphylocoque est apparu *immédiatement après une endométrite blennorrhagique aiguë*. Dans les 4 cas, il s'agissait d'une endométrite blennorrhagique récente, avec intégrité des trompes et sans traitement intra-utérin antérieur (simples injections vaginales au sublimé). Les cultures de gonocoques furent faites sur gélose mélangée de liquide de kyste, sur sérum de sang de bœuf préparé suivant la méthode de Kral, sur gélose à l'urine de Finger Gohn et Schlagenhaufer.

Au bout de quatre à six semaines, on ne trouva plus de gonocoques; la sécrétion était devenue moins abondante et transparente, on constata dans le corps de l'utérus des staphylocoques, 2 fois du staphylocoque albus, 2 fois du staphylocoque albus et de l'aureus.

Antérieurement à cette série de recherches, Gottschalk avait déjà fait des constatations analogues: chez une femme de 18 ans, présentant des gonocoques en mars, il n'avait plus trouvé de gonocoques en août, mais avait constaté deux espèces de diplocoques et du staphylocoque blanc.

Le 15 novembre 1893, il observait une enfant de deux ans, atteinte d'écoulement purulent vaginal; la mère, qui se servait avec son enfant d'une serviette commune, souffrait également depuis plusieurs semaines de pertes blanches mêlées de pus et incriminait son mari. L'examen sur lamelles montra des gonocoques chez la mère et chez l'enfant. Le 30 novembre, à la suite de lavages au sublimé, les gonocoques ont disparu; par contre, il y a de nombreuses colonies de staphylocoques blancs et dorés. Le 13 janvier 1894, il n'y a plus que quelques colonies de staphylocoques blancs, quelques-unes de diplocoques blanc grisâtre, enfin de nombreuses colonies de diplocoques dorés. Cliniquement la malade est très améliorée. Le 1er février les staphylocoques ont complètement disparu; il ne se développe qu'une seule colonie d'un court bacille. Le cas est cliniquement guéri.

Jamais on n'a trouvé en même temps des gonocoques et des staphylocoques. Il ne s'agit donc pas d'infections mixtes, mais d'infections secondaires, l'infection blennorrhagique ayant préparé le terrain. Aussi faut-il, quand on traite une infection blennorrhagique, redoubler de soins pour éviter l'introduction d'autres germes pathogènes; en particulier, il faut s'abstenir de tout traitement intra-utérin.

II. — *Microbes non pathogènes.* — Dans 28 cas d'endométrite, parmi lesquels la forme chronique catarrhale prédominait, on a trouvé les formes les plus variées de diplocoques, de bâtonnets courts, de moisissures, de sarcines, formes diverses qu'on rencontre constamment sur le tégument externe et particulièrement sur le périnée et dans les poils de la vulve. Ces divers microbes étaient en quantité plus considérable dans la cavité cervicale que dans la cavité utérine.

Ceux qu'on a trouvés le plus souvent étaient :

1° Des *diplocoques* de grosseur moyenne formant des colonies blanches avec centre brun, d'une consistance glutineuse, ne liquéfiant pas la gélatine.

2° Le *diplococcus albicans tardissimus* de Bumm, qui ne liquéfie pas

la gélatine, pousse lentement sur l'agar en taches humides, superficielles, minces, limitées par des contours dentelés, de couleur gris blanchâtre.

3° Le *diplococcus albus*, qui ne liquéfie pas la gélatine et donne de petites colonies rondes, d'un blanc laiteux.

4° Le *diplococcus aureus*, qui ne liquéfie pas la gélatine et donne de petites colonies rondes, d'un jaune doré.

On trouve plus rarement :

5° Le *diplococcus citreus conglomeratus* de Bumm qui liquéfie lentement la gélatine ; colonies d'un jaune citron, brunissant plus tard, s'étalant sur la gélatine en forme de langue.

6° Le *diplococcus albicans amplus* de Bumm ressemble beaucoup au gonocoque, liquéfie la gélatine, forme des colonies superficielles, élevées, d'un blanc gris.

7° Un *diplocoque de taille moyenne;* colonies d'un blanc jaunâtre, sous forme de petits grains ronds, ne liquéfiant pas la gélatine.

8° De *petits bacilles courts*, moyens, colonies à aspect vitreux grisâtre. 9° *Bacilles courts très fins*, colonies blanches. 10° *Bacilles épais courts*, colonies blanc laiteux. 11° *Bacilles gros courts*, colonies jaunes dorées.	Ne liquéfiant pas la gélatine.

12° *Sarcines jaunes.*

13° *Sarcines blanches.*

14° *Torula blanche.*

15° *Torula rose.*

Dans la moitié des cas (14 = 9 métrites fongueuses, 5 catarrhales) il n'a poussé sur les plaques ensemencées avec le contenu du corps que quelques colonies isolées de 3 ou 4 espèces différentes. Dans 11 catarrhales, 1 fongueuse, 1 purulente, les colonies étaient, au contraire, si nombreuses qu'il était impossible de songer à une contamination pendant le prélèvement de la sécrétion. Habituellement on trouve réunis 2, 3, quelquefois 4 microbes associés.

Dans 2 cas, il y avait exclusivement des torula (1).

F. de 27 ans, mariée depuis deux ans, stérile, d'apparence chétive, venant consulter pour des pertes blanches, des douleurs sacrées et fémorales. Toux, crachats peu abondants. Tuberculose des sommets au début.

---

(1) Coite a admis que la torula jaune pourrait être le point de départ de métrites cervicales opiniâtres.

Utérus rétrofléchi, non fixé, un peu augmenté. Du col s'écoule une sécrétion glutineuse, d'un blanc verdâtre, de réaction neutre ou acide. Légère hémorrhagie au moment du prélèvement de la sécrétion du corps qui donne, sur la gélatine, à l'état isolé, des colonies de torula rose.

F. de 23 ans, ayant souffert de la matrice depuis deux ans. Règles abondantes, durant huit jours. Vagin étroit. Col conique, orifice externe étroit. Corps antéfléchi, un peu volumineux, mobile. A droite, ovaire un peu volumineux, sensible. Cordon inflammatoire dans le Douglas. Du museau de tanche rouge, sort une sécrétion caséiforme, nettement acide.

La sécrétion du col donne de la torula blanche et de petites colonies blanc grisâtre de diplocoques ; celle du corps donne exclusivement des colonies de torula blanche.

Dans ces 2 cas, l'inflammation, qui peut-être n'a pas été causée par la levure, a été entretenue par elle. C'est à elle qu'est due la perte de l'alcalinité normale.

Les divers microbes, que l'on vient de décrire, ont été retrouvés sur les masses enlevées par la curette, dans les culs-de-sac glandulaires mais jamais dans le tissu intermédiaire. *Peuvent-ils engendrer des métrites ?* Les auteurs n'ont pu se décider à les inoculer sur des muqueuses utérines saines. Inoculé sur l'urèthre de l'homme le diplocoque n'a rien causé. Du reste, plusieurs des femmes examinées étaient mariées et le mari ne contractait rien par le coït.

S'ensuit-il que la présence de ces bactéries est sans importance ?

Non, car en admettant qu'une muqueuse utérine normale résiste, une autre muqueuse dont la nutrition est troublée, dont le pouvoir de résistance est diminué, s'enflammera peut-être en l'absence de tout agent spécifique. La fréquence de l'endométrite fongueuse, dans les anomalies de position de l'utérus, semble le prouver.

Gottschalk a vu deux vieilles filles qui souffraient de constipation chronique, d'hémorrhoïdes et qui avaient en même temps une endométrite fongueuse avec une cavité utérine exempte de tout germe.

Elle pourrait aussi résulter de troubles circulatoires à point de départ ovarien ou consécutifs à des bains de pieds froids prolongés.

D'une manière générale, les microbes sont bien plus fréquents dans la forme catarrhale que dans la forme fongueuse. C'est donc dans la forme catarrhale qu'il faut leur attribuer un rôle pathogène. De plus, l'inflammation produite par un microbe spécifique peut être entretenue par un microbe banal :

Le 11 janvier 1894, une mère amène sa fille, âgée de 7 ans, disant que

c'est probablement elle qui l'a infectée, alors qu'elle avait une gonorrhée. L'enfant avait un écoulement qui rappelait celui de la blennorrhagie. Il n'y avait pas de gonocoques mais des colonies très nombreuses blanc grisâtre, de diplocoques. Des lavages boriqués amenèrent la guérison qui coïncida avec la disparition des diplocoques.

F. de 29 ans, traitée à la polyclinique 3 ans auparavant pour une gonorrhée Depuis quelque temps, augmentation des pertes blanches. L'utérus est augmenté, à parois épaissies ; il est sensible à la pression. Écoulement du col vitreux, épais, glutineux, de coloration légèrement brunâtre. Pas de gonocoques, mais colonies blanches, à centre brunâtre, de diplocoques. Guérison après 6 cautérisations au chlorure de zinc.

Il est certain qu'une endométrite est aggravée par l'introduction de microbes banaux, inoffensifs à eux seuls, que ceux-ci peuvent entretenir une métrite engendrée par une autre cause. Ces microbes pénètrent très facilement dans la cavité utérine. Dans un utérus atteint d'endométrite hyperplastique dépourvu de germes, on fait, le 15 janvier 1894, une cautérisation au chlorure de zinc à 50 p. 100, avec la sonde de Playfair ; huit jours plus tard on trouve dans la sécrétion du corps de nombreuses colonies de diplocoques blancs.

La teinture d'iode semble particulièrement active contre ces microbes.

Leur action sur la conception semble presque nulle ; nous avons vu une grossesse commencer presque immédiatement après le traitement, alors que le corps utérin contenait encore des diplocoques. Ceux-ci se retrouvaient encore dans le col pendant la grossesse. La malade avorta au 5e mois. Six semaines plus tard, en l'examinant on retrouva des diplocoques dans la cavité utérine.

Pendant les règles et quelquefois immédiatement après, les auteurs ont vu les microbes disparaître. Ce fait pourrait s'expliquer par une simple action mécanique, le sang entraînant les germes qui, à cette période, sont beaucoup plus nombreux dans le col que dans le corps. Ces résultats, contradictoires de ceux énoncés par d'autres auteurs, s'expliquent peut-être par ce fait que Gottschalk fait faire à ses malades des savonnages quotidiens de la vulve et leur fait souvent changer de linge pendant les règles.

Deux cas d'endométrite exfoliative sont restés stériles, de même deux cas d'endométrite hémorrhagique survenue au cours de l'influenza. Dans ces derniers cas l'examen de morceaux de la muqueuse saignante ramenées avec la curette, rend même douteuse l'existence d'une inflammation au sens anatomique du mot. Les cellules rondes man-

quaient; la muqueuse très hyperhémiée, mais peu altérée, montrait de nombreux foyers hémorrhagiques dépendant d'une friabilité anormale des vaisseaux. Le tissu interglandulaire était parsemé de petits foyers hémorrhagiques, et les glandes étaient, par endroits, détachées de leurs enveloppes par de petits épanchements sanguins. En un mot, on avait là un tableau qui rappelait celui de l'empoisonnement phosphoré.

D'une manière générale il semble du reste que toutes les métrites survenant dans les maladies générales, sont dues à l'action de toxines. L'endométrite cholérique (1) serait, à ce point de vue, comparable à l'endométrite grippale.

Jusqu'ici on ne connaît bien que 3 variétés d'endométrite nettement rattachées à un agent spécifique (E. blennorrhagique, septique, tuberculeuse); de ces trois variétés on peut probablement rapprocher l'endométrite diphtéritique, liée, comme l'a montré Bumm, au bacille de Löffler.

(A suivre.) H. H.

BIBLIOGRAPHIE

Comptes rendus de la deuxième session de l'Association française d'urologie (Paris, octobre 1897).

Signalons dans ce volume plusieurs communications gynécologiques intéressantes : Variété peu connue d'abcès de la cloison urèthro-vaginale; suppuration des canaux accessoires de l'urèthre, par MM. Hartmann et Raymond. — La blennorrhagie maladie générale, par MM. Jullien et Sibert; le rapport très documenté de M. Nogués sur les uréthrites non gonococciques. — Enfin une étude de M. Loumeau sur le traitement des fistules vésico-vaginales par le procédé de dédoublement.

MAUCLAIRE.

(1) Schütz, sur 25,000 cholériques observés à Hambourg, a noté dans un tiers des cas, des hémorrhagies utérines au début de la maladie.

Le Gérant : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME XLIX

Janvier à Juin 1898.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XLIX

Janvier à Juin 1898.

MÉMOIRES ORIGINAUX

REVUES GÉNÉRALES

REVUE CLINIQUE

THÉRAPEUTIQUE GYNÉCOLOGIQUE

SOCIÉTÉS SAVANTES

REVUE ANALYTIQUE

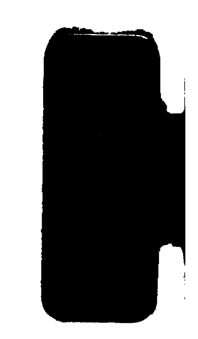
BIBLIOGRAPHIE

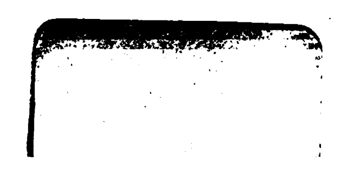
VARIA

NÉCROLOGIE

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

N 13799






3 2044 081 512 238